

Die Stationsleitung in der Identitätskrise?

Warum Leitungstätigkeit unattraktiver wird

–

**Eine Übersicht über mögliche Konfliktfelder der Stationsleitung
im Krankenhaus**



BACHELOR-Thesis zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln

Fachbereich Gesundheitswesen

Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft, Schwerpunkt Management

vorgelegt von: Dennis Nano



50674 Köln

Matrikelnr.:



Erstprüfer: Herr Prof. Dr. phil. Guido Heuel

Zweitprüfer: Herr Guido Grasekamp M. A.

Köln, 24.04.2017

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
1 Einleitung	1
2 Die Stationsleitung im Krankenhaus	3
2.1 Führungsebenen im Krankenhaus	5
2.2 Aufgabenprofil der Stationsleitung	7
2.3 Führungsspanne und ihre Entwicklung	10
3 Konflikt – eine Definition	11
3.1 Soziale Konflikte	11
3.2 Konflikttypen	12
3.2.1 Heiße und kalte Konflikte	12
3.2.2 Inter- und Intrapersonale Konflikte	13
3.2.3 Rollenkonflikte	15
3.2.4 Weitere Konfliktformen	16
3.2.5 Konfliktrahmen	16
3.2.6 Konfliktpartei - Stakeholder	17
3.3 Phasenmodell der Konflikteskalation	18
3.3.1 Neun Stufen der Konflikteskalation im Detail	19
4 Spannungsfeld Stationsleitung und mögliche Konflikte	21
4.1 Mitarbeiter und Vorgesetzte	22
4.1.1 Sandwichposition	23
4.1.2 Fazit	24
4.1.3 Wunsch den Pflegeberuf zu verlassen	24
4.1.4 Fazit	26
4.2 Ärzte	26
4.2.1 Fazit	27
4.3 Patienten und Angehörige	28
4.3.1 Fazit	31
4.4 Gesellschaft	31
4.4.1 Fazit	33
4.5 Politik beeinflusst die (Hierarchie in) Organisationen	33
4.5.1 Fazit	35
5 Umgang mit Konflikten	37
5.1 Hilfen zur Konfliktlösung	38

5.2	Der Umgang mit inneren Konflikten	39
6	Zusammenfassung	41
7	Ausblick	45
8	Literaturverzeichnis	47
9	Tabellenverzeichnis	51
10	Abbildungsverzeichnis	52
11	Versicherung selbstständiger Arbeit	53
12	Einverständniserklärung	54

1 Einleitung

Identität kann beschreiben, wer man selbst ist - eine Rolle kann die eigene Identität ergänzen. Wenn der Rahmen nicht stimmt, kann eine Identitätskrise sowohl die eigene Identität, als auch die eingenommene Rolle in Frage stellen und bietet ein großes (inneres) Konfliktpotential.

Wenn man die Suchbegriffe Konflikt und Krankenhaus bei Google eingibt erhält man ungefähr 424 000 Treffer (Stand 04.03.2017). Wenn man in der Datenbank LIVIVO Konflikt und Krankenhaus eingibt (Stand 04.03.2017) bekommt man 1825 Ergebnisse. Neben möglicher ethischer Konflikte, die die Patientenbehandlung¹ betreffen, werden Konflikte mit den unterschiedlichsten Berufsgruppen, Interessenskonflikte der verschiedenen Schnittstellen, Konfliktpotential in der Abrechnung oder bei der Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse, rechtliche Konflikte und viele mehr angezeigt. In der gängigen wissenschaftlichen Literatur finden sich vielschichtige Beschreibungen möglicher Konflikte im Krankenhaus wieder. Im Vergleich sind die Suchbegriffe Konflikte und Stationsleitung in der Literatur eher weniger vertreten.

Krankenhäuser sind häufig Einrichtungen mit einer weit zurückführenden Geschichte und entsprechenden Traditionen, die es zu wahren gilt. Der Beginn der Charité in Berlin geht zum Beispiel auf das Jahr 1710 zurück und wurde zunächst als Pesthaus gegründet (vgl. Charité - Universitätsmedizin Berlin 2017). Ein weiteres Beispiel ist die Geschichte der Uniklinik in Köln. Sie begann im Jahr 1871 als Heilanstalt für Gemüts- und Nervenranke (vgl. Uniklinik Köln 2017). Krankenhäuser arbeiten überwiegend im öffentlichen Auftrag und sind somit an eine Vielzahl von Vorschriften gebunden. Neben den Traditionen und Vorschriften ist das komplexe System der Krankenhausfinanzierung in Deutschland eine zusätzliche Belastung für die Organisationen. Denn neben der eigentlichen Aufgabe der Patientenversorgung spielen wirtschaftliche Interessen, um auf dem hart umkämpften Gesundheitsmarkt bestehen zu können, eine ebenso wichtige Rolle.

¹ In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form benutzt. Es können dabei aber sowohl männliche, als auch weibliche Personen gemeint sein.

Dies und mehr führt zu Organisationen mit einem hohen Konfliktpotential. In der vorliegenden Arbeit werden die Ebene der Stationsleitung² und potentielle mögliche Konflikte beleuchtet, die auf der Führungsebene der Stationsleitung angesiedelt sein können.

Zunächst wird die Stationsleitung im Krankenhaus und das dazugehörige Aufgabenprofil beschrieben. Anschließend werden grundlegende Begriffe des Konfliktmanagements erläutert. Es folgt eine Analyse zu den Spannungsfeldern einer Stationsleitung. Hilfen zur Konfliktlösung und der Umgang mit inneren Konflikten werden knapp behandelt und runden die Thematik ab.

Die Arbeit soll eine allgemeine Übersicht über mögliche Konfliktsituationen und -felder einer Stationsleitung in der unteren bzw. mittleren Managementebene eines Krankenhauses geben.

Ziel der Arbeit ist es, eine Basis zu schaffen, von der aus empirische Forschungen zur Thematik abgeleitet werden können. Dadurch sollen Antworten generiert werden, um eine Besetzung von Pflegefachkräften in Führungspositionen zu stärken, aber auch einem Nachwuchsmangel in der unteren/mittleren Führungsebene präventiv entgegenzuwirken.

Die wesentlichen Forschungsfragen zur vorliegenden Arbeit sind:

Gibt es blinde Flecken in der Weiterbildung und im Einsatz von Stationsleitungen im Krankenhaus? Ist die Stationsleitung in der Lage, auf ihrer Führungsebene Konflikte angemessen zu lösen? Was geschieht mit der Führungskraft, wenn Konflikte unbearbeitet oder ungelöst bleiben?

Die Arbeit hat nicht den Anspruch, gängige Lösungsoptionen aus dem Konfliktmanagement zu behandeln oder die Frage zu klären, wie generell Konflikte zu lösen sind. Vielmehr soll sie zum Nachdenken anregen, in welchem Rahmen Führungspersonen im Krankenhaus zum Einsatz kommen, und ob diese den aktuellen komplexen Herausforderungen noch gerecht werden.

² Im Folgenden wird aus Gründen der Vielzahl an möglichen Betitelungen die Führungskraft Stationsleitung genannt.

2 Die Stationsleitung im Krankenhaus

Krankenhäuser nehmen eine zentrale Bedeutung im Gesundheitswesen ein. Im Jahr 2015 gab es in der Bundesrepublik Deutschland 1956 Krankenhäuser (vgl. Statistisches Bundesamt 2016). Krankenhäuser unterliegen einem permanenten Wandel in einem zunehmend komplexeren Gesundheitssystem, nicht zuletzt wegen des konsequenten Abbaus von Krankenhausbetten. Der Druck auf Krankenhäuser durch Reformen der Politik, gesellschaftliche Ansprüche, komplexere Krankheitsbilder und einem schnelleren Entlassungsmanagement bei kürzerer Verweildauer stellen die Krankenhäuser, und somit auch das Führungspersonal, vor große Herausforderungen.

Die verschiedenen Führungsebenen müssen diesem Anpassungsprozess, neben persönlichen und sozialen Fertigkeiten, mit Fachlichkeit und Qualifikation begegnen, und dies in einer Zeit, die durch Personalknappheit gekennzeichnet ist.

Stationsleitungen, angesiedelt auf der unteren oder mittleren Managementebene, qualifizieren sich häufig durch ihre überdurchschnittliche Fachkompetenz und wechseln in eine Führungsposition (vgl. Tewes 2015 S. VII). Der Personalnotstand und die Mitarbeiterfluktuation begünstigen ein frühes bekleiden von Führungspositionen (vgl. Möller 2013 S. VIII). Um eine Leitungstätigkeit auf einer Station auszuführen, muss keine zwingende Zusatzqualifikation vorliegen, kann aber nur im Interesse der Organisation sein, um die komplexen Aufgabengebiete und vielschichtigen Qualitätsmerkmale zu erfüllen. Die formale Zusatzqualifikation zur Leitung kann über eine Weiterbildung oder über die Teilnahme an einem entsprechenden Studiengang erworben werden. Die Inhalte werden von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (nachfolgend DKG) empfohlen (vgl. DKG 2006).

Die Voraussetzungen für die Teilnahme zur Weiterbildung erfüllt, wer die Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 des Krankenpflegegesetzes zur Führung der Berufsbezeichnung und eine nachweisbare, i. d. R. zweijährige Tätigkeit in der Kranken- oder Kinderkrankenpflege hat (vgl. DKG 2006 § 3).

Mit dem Abschluss der staatlich anerkannten „*Weiterbildung zur Leitung einer Pflegestation oder eines Funktionsbereiches im Krankenhaus*“ wird Personen in der Regel eine Führungsrolle zuteil. Die Weiterbildung ist auf Landesebene gesetzlich geregelt.

Es existiert eine Vielzahl von Beschreibungen für die Leitung einer Pflegestation oder eines Funktionsbereiches. Der geläufigste Begriff ist die Stationsleitung. Daneben gibt es Bezeichnungen wie Bereichsleitung, Wohnbereichsleitung, Teamleitung, Stationsschwester, aber auch antiquiertere Bezeichnungen wie Oberschwester sind im Volksmund noch geläufig. Die Bezeichnungen geben keine endgültige Aussage über das Tätigkeitsfeld, Aufgabengebiet oder z. B. die Führungsspanne einer Leitung. Letztlich legt eine Institution/Organisation dies selbst fest und kann für Führungskräfte mit einem sehr unterschiedlichen Arbeitsprofil einhergehen, welches z. B. in einer Stellenbeschreibung festgelegt sein kann (vgl. Schäfer & Jacobs 2016 S. 54 f.).

Die verschiedenen Studiengänge mit den entsprechenden akademischen Abschlüssen qualifizieren ebenfalls Personen zur Übernahme von Leitungspositionen. Im Krankenhaus sind laut einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstitutes aus dem Jahr 2014, fast 89 % der akademisierten Pflegekräfte in leitenden Positionen tätig (vgl. Blum, Löffert, Offermanns, Steffens 2014 S. 55).

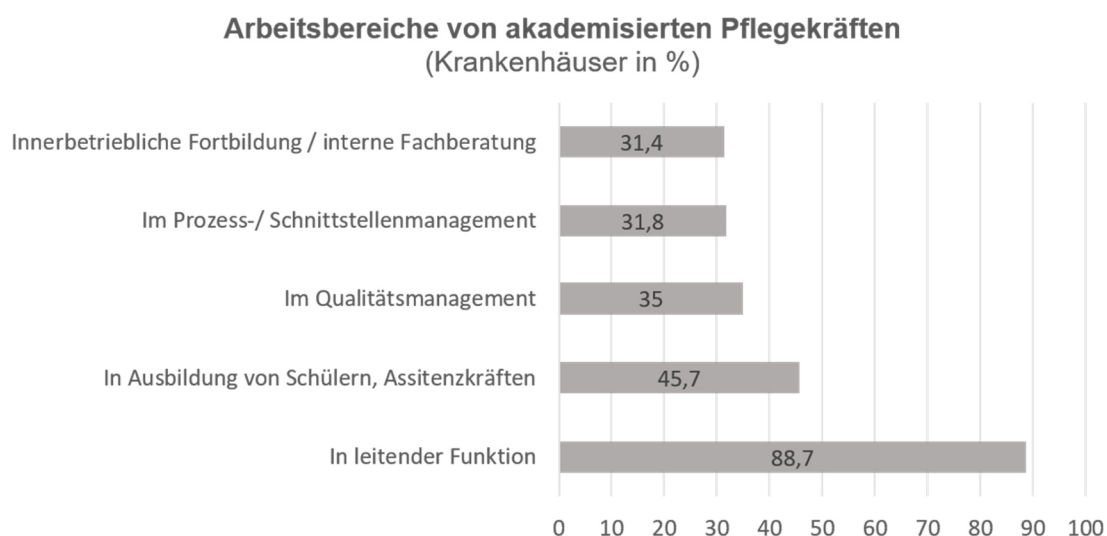


Abbildung 1: Ausschnitt Arbeitsbereiche akademisierter Pflegekräfte in Krankenhäusern in % eigene Darstellung (vgl. Blum et al. 2014 S. 55)

Neben den fachlichen Qualifikationen (hard skills) sollen Führungskräfte über weitere Eigenschaften (soft skills) verfügen. Kernkompetenzen wie z. B. emotionale Kompetenz, Ordnungssinn, Kreativität, Fürsorglichkeit, Beständigkeit, Fähigkeit zur Selbstreflexion, Achtsamkeit, Transparenz im Führungsstil und Umgang mit Entscheidungen, Zukunftsorientierung und Machtausübung sind nur einige Beispiele, die eine Führungskraft mitbringen soll (vgl. Schäfer & Jacobs 2016 S. 52-54; Möller 2013 S. 72).

2.1 Führungsebenen im Krankenhaus

Klassischerweise spricht man von drei Führungsebenen. Der oberen, mittleren und unteren Führungsebene (vgl. Kaiser 2000 S. 169 f.). Auf das Krankenhaus, im speziellen auf den Pflegedienst angewendet, würde dies bedeuten:

- Obere Führungsebene → Geschäftsführung/Direktorium
- Mittlere Führungsebene → z. B. Abteilungsleitung
- Untere Führungsebene → z. B. Stationsleitung

(vgl. Blum et al. 2012 S. 31).

Laut dieser Einteilung wäre die Stationsleitung in der unteren Führungsebene angesiedelt. Exemplarisch hierfür ist das Organigramm des Pflegedienstes der Uniklinik Düsseldorf zu nennen. Die Führungsebenen sind in Pflegedirektion (obere), Klinikpflegedienstleitungen (mittlere) und Stations- und Funktionsleitungen (untere) aufgeteilt (vgl. Uniklinikum Düsseldorf 2017).

Diese klassische Einlinienorganisation wird heute immer häufiger durch eine Stablinienorganisation abgelöst. Es können auf allen Ebenen beratende oder unterstützende Funktionen etabliert werden. Häufige Stabsstellen in der Pflegeorganisation sind im Bereich Hygiene, Controlling oder Qualitätsmanagement anzutreffen (vgl. Hiemetzberger, Messner, Dorfmeister 2013 S. 163 ff.).

Über den Titel ihres Buches siedeln Poser (2012) und Ingwersen (1999) bereits die Stationsleitung auf der mittleren Führungsebene im Krankenhaus an.

Auch Möller (2013 S. VII f.) beschreibt in seinem Vorwort die Situation von Stationsleitungen und führt diese dem mittleren Management zu. Eine Definition der Führungsebene gibt Mühlbacher:

„Unter mittlerem Management versteht man alle Managementebenen, die mindestens einer höheren Ebene hierarchisch und disziplinär unterstellt sind und ihrerseits wiederum wenigstens einer Ebene hierarchisch und disziplinär übergeordnet sind.“ (vgl. Mühlbacher 2003 S. 130 f.)

Eine Studie aus dem Jahr 2011 der Prognos AG fasst die Problematik der Verortung des mittleren Managements im Krankenhaus zusammen und liefert drei Möglichkeiten der Verortung, je nach Sicht auf die Organisation.

Sind Krankenhäuser als Gesamtkonzern zu betrachten, kann das mittlere Management sehr weit oben angesiedelt sein, z. B. auf der Ebene eines Pflegedirektors.

Bei der Betrachtung eines einzelnen Krankenhauses platziert sich die mittlere Managementebene auf die Ebene der Bereichsleitung. Die Stationsleitung wäre somit auf der unteren Führungsebene angesiedelt. Dies beschreibt auch Kaiser (2000).

Eine dritte Betrachtungsmöglichkeit ist die von Experten, die z. B. die Stationsleitung auf der Ebene des mittleren Managements verorten, (vgl. Poser 2012; Ingwersen 1999; Möller 2013).

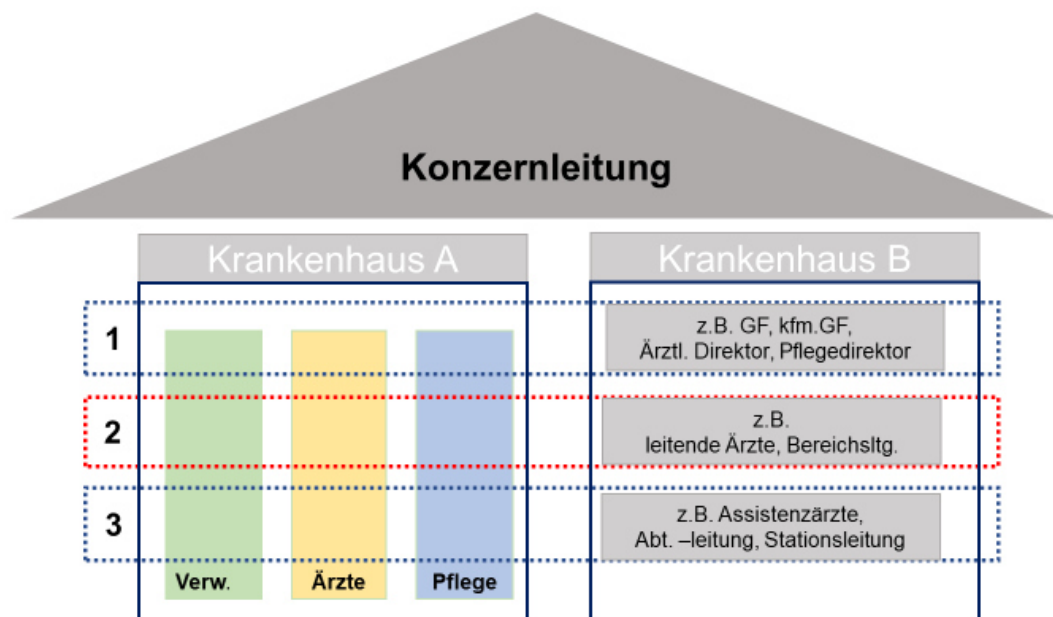


Abbildung 2: Drei Optionen zur Verortung des mittleren Managements im Krankenhaus eigene Darstellung (vgl. Hölterhoff, Edel, Münch, Jetzke 2011 S. 15)

2.2 Aufgabenprofil der Stationsleitung

Das Aufgabenprofil einer Stationsleitung ist ebenso unterschiedlich und vielschichtig, wie es Bezeichnungen für diese Rolle gibt. Das Aufgabenprofil ist sehr komplex und wird unterschiedlich gelebt und individuell geführt. Letztlich scheint es, als ob jede Stationsleitung die Aufgaben an ihre jeweiligen Bedürfnisse der Organisation anpasst oder anpassen wird (vgl. Schäfer & Jacobs 2016 S. 51; Poser 2012 S. 15).

Für die Weiterbildung zur Stationsleitung empfiehlt die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Lehrinhalte und den Umfang der Weiterbildungsmaßnahme. Bei einer Gegenüberstellung der Inhalte der Fassungen aus dem Jahr 1996 und 2006 sind neben stilistischen Änderungen und Modifizierungen des Wortschatzes zwei wesentliche Abänderungen erkennbar. 1996 wurde als Inhalt die Konfliktlösungsfähigkeit erwähnt, im Jahr 2006 nicht explizit. Im Jahr 2006 wurde das Thema Qualität mit in die Weiterbildungsziele aufgenommen. Die Weiterbildungsziele im Einzelnen und die daraus resultierenden Aufgaben zeigt die nachfolgende Tabelle.

DKG-Empfehlung 1996 (DKG 1996 § 1 Abs. 2)	DKG-Empfehlung 2006 (DKG 2006 § 1)
Fach- und patientengerechte Pflege ermöglichen und den organisatorischen Rahmen zur Realisierung dafür vorzulegen	Konzeptentwicklung, Planung, Durchführung und Kontrolle der pflegerischen Arbeitsabläufe sowie der Arbeitsorganisation unter Berücksichtigung von Aspekten der Qualitätssicherung sowie integrativer Versorgungsstrukturen
Unter Berücksichtigung berufs- und arbeitspädagogischer Grundsätze sowie der Arbeitsorganisation fachpraktische und theoretische Kenntnisse weiter zu vermitteln	Personalmanagement einschließlich der Beurteilung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie der Auszubildenden unter pädagogischen, psychologischen und rechtlichen Gesichtspunkten
Personal- und Einsatzplanung für die Station vornehmen	Kennenlernen und Anwenden von Methoden der Qualitätssicherung
Durch adäquate Mitarbeiterführung Arbeitszufriedenheit zu ermöglichen und Kommunikations- und Konfliktlösungsfähigkeiten zu erhalten	Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und anderen Institutionen sicherstellen sowie betriebswirtschaftliche Zusammenhänge erkennen und unter Berücksichtigung fachlicher Gegebenheiten in die Praxis umsetzen

Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sicherzustellen sowie betriebswirtschaftliche Zusammenhänge zu erkennen und unter Berücksichtigung fachlicher Gegebenheiten in die Praxis umzusetzen	
---	--

Tabelle 1: Ziele der Weiterbildung zur Leitung in der Gegenüberstellung 1996/2006 (vgl. DKG 1996 § 1 Abs. 2, vgl. DKG 2006 § 1 Abs. 2)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft definiert die Inhalte der Weiterbildung in vier Lernbereiche. Sie empfiehlt ebenfalls eine entsprechende Anzahl an Unterrichtsstunden, die jeder Lernbereich behandeln soll.

Lernbereiche im Jahr 1996 (vgl. DKG 1996 § 5)

1. Beruf und berufliches Selbstverständnis (150 Stunden)
2. Führen und Leiten im Krankenhaus (160 Stunden)
3. Das Unternehmen Krankenhaus (220 Stunden)
4. Gesundheit und Krankheit im gesellschaftlichen Kontext (46 Stunden)

Lernbereiche im Jahr 2006 (vgl. DKG 2006 § 5)

1. Pflegewissenschaftlicher Lernbereich einschließlich berufliches Selbstverständnis (100 Stunden)
2. Führungs- und leitungsbezogener Lernbereich (210 Stunden)
3. Betriebswirtschaftlicher Lernbereich (200 Stunden)
4. Gesellschaftsbezogener Lernbereich (66 Stunden)

Die Bedeutungszunahme der Pflegewissenschaft wurde im Jahr 2006 erstmalig sichtbar und in der Empfehlung aufgeführt. Zudem wurde das „Unternehmen Krankenhaus“ von einem generellen „betriebswirtschaftlichen Lernbereich“ abgelöst. Die Stundenanzahl der einzelnen Lernbereiche hat sich ebenfalls verlagert. So ist bei der Verteilung der Unterrichtsstunden im Jahr 2006 z. B. der führungs- und leitungsbezogene Lernbereich um 50 Stunden aufgestockt worden.

Die verschiedenen Hochschulen, die Studiengänge zu Pflegemanagement anbieten, definieren die Lerninhalte wissenschaftlicher. So hat die Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln, in der Beschreibung des Studienganges Pflegewissenschaft, B.sc., neben allgemeinen Zielen

wie das Auseinandersetzen mit theoretischen Grundlagen der Pflege, Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens und Forschens in der Pflege, grundlegende Kenntnisse des Straf- und Zivilrechts kennen und anwenden, und andere, auch spezielle Ziele, die sich konkret an das Management richten.

So sollen die Studierenden vor dem Theoriehintergrund der systemischen Führungslehre Strukturen und Instrumente von Führung kennenlernen und anwenden können. Es sollen Kompetenzen zur Nutzung von methodischen Bezugswissenschaften entwickelt werden. Wirtschaftliche Zusammenhänge sollen verstanden und beurteilt werden können. Weitere Ziele sind Kompetenzen eines Qualitätsmanagementbeauftragten wahrzunehmen, Implementierungsprozesse und Projekte sollen geplant und durchgeführt werden können. Organisationsarbeit soll analysiert, bewertet und umgesetzt werden können. Das Studium schließt mit der Bachelorthesis ab (vgl. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen 2017).

Die Literatur (vgl. Poser 2012; Schäfer & Jacobs 2016; Tewes 2015; Möller 2013) nimmt die Inhalte, die durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfohlen werden und Inhalte der Weiterbildung und des Studiums sind, auf und spezifiziert diese. Nach Literaturlage gibt es keinen Goldstandard, was letztlich zum Aufgabenbereich einer Stationsleitung gehört. Jede Organisation legt das Aufgabengebiet der Stationsleitung, eingebettet im Kontext, selbst fest.

Das Managen von Konflikten, vom Erkennen bis hin zum Lösen, ist mittlerweile ein festes Aufgabengebiet von Stationsleitungen. Es werden aber nur geringe Kompetenzen hierzu in der Weiterbildung, als auch im Studium vermittelt. Die Thematik wird in der Literatur hingegen stärker mit dem Thema Führung im Gesundheitswesen verflochten (vgl. Möller 2013 S. 149-168; Poser 2012 S. 411-437; Schäfer & Jacobs 2016 S. 115-121).

In der Weiterbildungsempfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist das Feld in unveränderter Form, im Lernbereich 2, „Konfliktwahrnehmung und -bearbeitung“, benannt. Die Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus dem Jahre 2006 ist die letzte gültige Fassung.

2.3 Führungsspanne und ihre Entwicklung

Unter Führungsspanne (auch Leitungsspanne) versteht man die Anzahl der unmittelbar nachgeordneten Mitarbeiter einer Führungskraft. Eine festgelegte Führungsspanne gibt es grundsätzlich erstmal nicht, vielmehr muss jede Organisation selbst entscheiden, wie viele Mitarbeiter sie einer Führungskraft unterstellt. Es ist aber zu konstatieren, dass je nach Branche die Führungsspanne sehr weit auseinanderliegen kann. Kerres und Seeberger (2005 S. 200) erwähnen eine Führungsspanne von 1 - 120 Personen, je nach Entscheidungsebene im Krankenhaus.

Auch wenn es keine klare Empfehlung über die Größe von Führungsspannen gibt, beschreibt Möller (2013) eine Teamgröße von 5 - 8 Personen, die sich als optimal und sinnvoll erwiesen hat. Die Gefahr der Bildung von informellen Gruppen und dass Mitarbeiter sich nicht mit Ideen oder Vorschlägen einbringen steigt mit der Größe des Teams (vgl. Möller 2013 S. 7).

Für Krankenhäuser bzw. Stationen gibt es keine einheitlichen Vorstellungen. Die Führungsspanne wird individuell an die Bedürfnisse der Patientenversorgung oder an die Größe der Station angepasst. Die aktuelle Fachliteratur, z. B. Tewes (2015), Poser (2012) oder Schäfer und Jacobs (2016), behandeln das Thema Führungsspanne wenig oder gar nicht. Eine Recherche in den Datenbanken ergibt ebenfalls keine relevanten, aktuellen Ergebnisse zu Führungsspanne und Krankenhaus in Deutschland.

In den Krankenhäusern geht der Trend aktuell zu einer höheren Führungsspanne. Stationen werden in Bereiche oder Abteilungen unter einer Führungskraft zusammengefasst. Somit erhöht sich der nachgeordnete Mitarbeiteranteil stark (vgl. Pferzinger & Harrer 2009 S. 31).

Dabei ist es nur verständlich, dass potentielle Konflikte zahlenmäßig ansteigen und an Komplexität gewinnen können, je mehr Mitarbeiter einer Stationsleitung direkt unterstellt sind.

Eine Übersicht über mögliche Konflikte gibt das folgende Kapitel.

3 Konflikt - eine Definition

Das Wort Konflikt stammt vom lateinischen Wort „confligere“ ab und kann mit zusammenprallen, zusammenstoßen übersetzt werden (vgl. Pascheka 2001 S. 11; Grün 2013 S. 8).

Eine allgemein gültige Definition von Konflikt mag kaum die vielen verschiedenen Facetten von Konflikten erfassen (vgl. Schwarz 2005 S. 15). Glasl (2013) tritt ebenfalls für eine gezielte Verwendung des Konfliktbegriffes ein, da dieser in der heutigen Zeit sehr häufig auf sämtliche Bereiche des Lebens angewendet wird (vgl. Glasl 2013 S. 13 f.). Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher vorwiegend mit sozialen Konflikten.

3.1 Soziale Konflikte

Insgesamt gibt es sehr weit gefasste Beschreibungen, die soziale Konflikte eingrenzend beschreiben wollen. Neuere Literatur bezieht sich immer wieder auf Friedrich Glasl. Glasl (2013) kommt nach einer Überprüfung der Konfliktdefinitionen in der Literatur zusammenfassend zu einer eigenen Definition eines sozialen Konfliktes.

"Sozialer Konflikt ist eine Interaktion zwischen Aktoren (Individuen, Gruppen, Organisationen usw.), wobei wenigstens ein Akteur eine Differenz bzw. Unvereinbarkeiten im Wahrnehmen und im Denken bzw. Vorstellen und im Fühlen und im Wollen mit dem anderen Akteur (den anderen Aktoren) in der Art erlebt, dass beim Verwirklichen dessen, was der Akteur denkt, fühlt oder will eine Beeinträchtigung durch einen anderen Akteur (die anderen Aktoren) erfolge." (vgl. Glasl 2013 S. 17)

Um soziale Konflikte abzugrenzen beschreibt Glasl (2013) was keine sozialen Konflikte sind.

Keine sozialen Konflikte sind Unvereinbarkeiten im kognitiven Bereich, das heißt, wenn Parteien Situationen anders wahrnehmen oder anders definieren. Vielmehr sind es Voraussetzungen für Kreativität, Leben und verschieden sein. Des Weiteren sind Unvereinbarkeiten im Fühlen zunächst keine Konflikte. Sie werden erst dann welche, wenn eine erlebte Beeinträchtigung in der Realität auftritt. Unvereinbarkeiten im Wollen sind ebenfalls keine sozialen Konflikte. Auch hier benötigt es ein Handeln, welches den anderen im Denken, Fühlen oder Wollen einschränkt. Wenn ein unvereinbares Ver-

halten aufeinanderstößt wird es erst zum Konflikt, wenn es mit entsprechenden Absichten, Gefühlen und Vorstellungen flankiert wird (vgl. Glasl 2013 S. 18 ff.).

3.2 Konflikttypen

Konflikttypen sind insofern schwer zu vergleichen, da die Wissenschaft aus den unterschiedlichen Disziplinen, mangels einer umfassend anerkannten Theorie, verschieden auf eine Systematik blickt. Die vorliegende Arbeit folgt den Systematisierungsversuchen von Glasl (2013), der die häufigsten Typenbildungen in drei Hauptgesichtspunkte unterteilt, die hier aber nur am Rande erwähnt werden:

1. Konflikte nach unterschiedlichen Streitgegenständen
2. Unterschiedliche Erscheinungsformen der Auseinandersetzung
3. Konflikte nach Merkmalen der Konfliktparteien, ihrer Position und wechselseitigen Beziehungen

(vgl. Glasl 2013 S. 53-59).

Im Folgenden werden zwei Konflikttypen näher betrachtet.

3.2.1 Heiße und kalte Konflikte

Heiße Konflikte werden offensiv und öffentlich ausgetragen und sind folglich schnell erkennbar. Die Konfliktparteien sind von ihren Standpunkten sowie ihren Idealen überzeugt und versuchen diese durchzusetzen. Eine direkte Auseinandersetzung mit der Gegenpartei wird bewusst gesucht. Heiße Konflikte sind häufig mit starken Emotionen besetzt und werden entsprechend ausgetragen. Um das Ziel zu erreichen wird der Zusammenstoß mit der Gegenpartei in Kauf genommen. Jede Partei möchte den eigenen Standpunkt vehement vertreten, sogar ausfechten. Heiße Konflikte wecken starke Führerpersönlichkeiten um die Ideale zu vertreten und andere zu überzeugen. Zudem werden diese aber auch durch Anhänger unterstützt (vgl. Glasl 2013 S. 77-80; Möller 2013 S. 153).

Kalte Konflikte hingegen werden nicht offen ausgetragen und sind somit oftmals schwierig zu erkennen. Sie werden viel subtiler, berechnender entworfen und versteckt platziert. Persönliche Kontakte werden seltener bzw. eher

gemieden. zum Teil sogar mit großem Erfindungsreichtum Kontaktsituationen aus dem Weg gegangen bzw. auf das nötigste reduziert. Glasl (2013) beschreibt dies als „soziales Niemandsland“, welches nach Möglichkeit nicht betreten wird, die Kommunikation ist zwischen den Parteien zum Erliegen gekommen. Kalte Konflikte agieren im Hintergrund und sind daher gefährlich, da man nicht offensiv mit ihnen umgehen kann. Ein Leugnen der Konflikte ist ebenfalls häufig zu erkennen. Ziel ist es, den Gegner nachhaltig zu schädigen und nicht mit offensichtlich kleinen Momentaufnahmen zu taktieren. Die Behandlung von kalten Konflikten ist viel zeitaufwendiger als die von heißen. Eine starke Desillusionierung mit einem verminderten Selbstwertgefühl ist häufig bei den Konfliktparteien zu beobachten, da Emotionen nicht ausgedrückt, sondern unterdrückt werden (vgl. Glasl 2013 S. 80-84; Möller 2013 S. 153).

Heiße und kalte Konflikte stehen sich zunächst in der Definition diametral entgegen. In den Anfangsphasen eines Konfliktes können beide Typen in abgeschwächter Form auftreten. Kalte Konflikte können aber auch wieder in einen heißen Konflikt umschlagen, vor allem dann, wenn dieser auf der Eskalationsstufe (vgl. Kap. 3.3) weit vorangeschritten ist und sich ein möglicher Durchbruch für die Konfliktpartei abzeichnet. Heiße und kalte Konflikte können zudem gleichzeitig auftreten, sich aber auch bedingen (vgl. Glasl 2013 S. 84-86).

3.2.2 Inter- und intrapersonale Konflikte

Der interpersonale (inter = zwischen) Konflikt, auch zwischenmenschlicher oder sozialer Konflikt genannt, ist durch Konflikte zwischen zwei oder mehreren Akteuren gekennzeichnet (vgl. Möller 2013 S. 164).

Der intrapersonale (intra = innen) Konflikt ist durch einen Konflikt innerhalb einer Person gekennzeichnet. Die Kennzeichnung reicht von innerer Zerrissenheit, sich Gedanken machen, Selbstzweifeln, Angst bis zur persönlichen Unzufriedenheit mit sich selbst, weil keine Lösung gefunden werden kann (vgl. Möller 2013 S. 164).

Inter- und intrapersonale Konflikte stehen in enger Verzahnung, so kann ein intrapersonaler Konflikt zu einem interpersonalem Konflikt führen (vgl. Möller 2013 S. 164; Zietzschmann 2000 S. 20-31).

Zietzschmann (2000) gibt in seinem Buch eine Übersicht über mögliche interpersonale Konflikte am Arbeitsplatz.

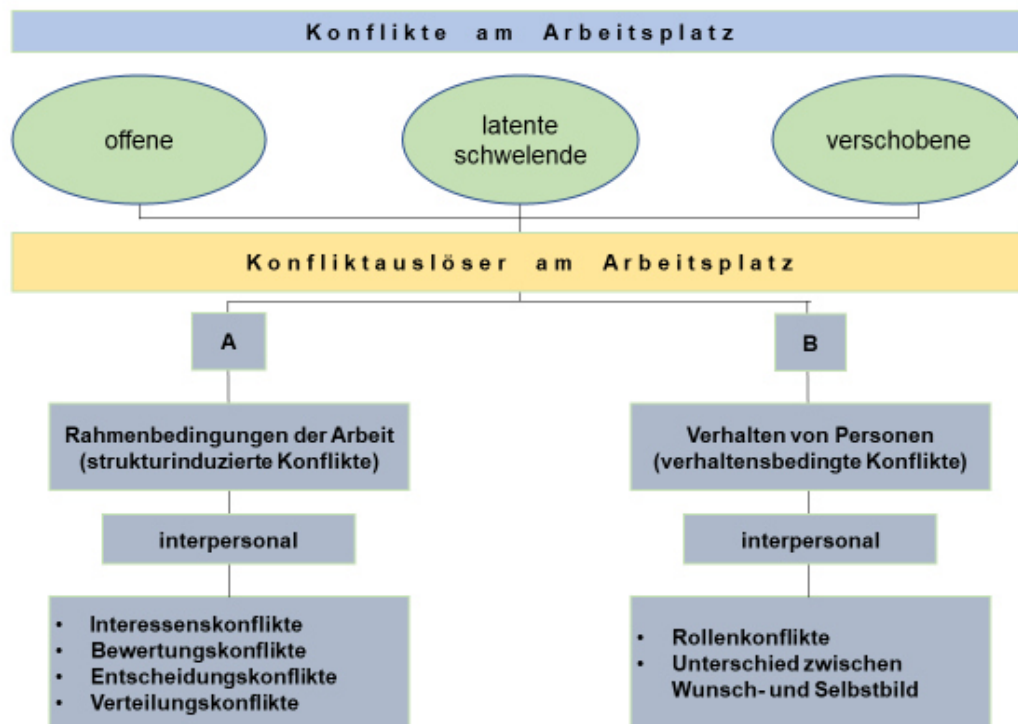


Abbildung 3: Konflikte am Arbeitsplatz eigene Darstellung (vgl. Zietzschmann 2000 S. 21)

Neben offenen (heißen) und latent schwelenden (kalten) Konflikten beschreibt Zietzschmann (2000) noch einen weiteren Konflikttyp, nämlich den verschobenen, auf den hier nur am Rande eingegangen wird. Verschobene Konflikte sind Konflikte, die nicht offen angesprochen werden. Sie werden vielmehr an einem Nebenschauplatz platziert und sind dort für die Beteiligten nicht nachvollziehbar (vgl. Zietzschmann 2000 S. 23 f.). Verschobene Konflikte wirken häufig gesucht und konstruiert. Sie werden sehr kleinlich, fast zwanghaft, ausgetragen, um die eigene Position zu verteidigen. Um einen verschobenen Konflikt zu lösen, muss man sich dem eigentlichen Konflikt nähern und lösen (vgl. Rüttinger & Sauer 2000 S. 17 f.).

3.2.3 Rollenkonflikte

Rollenkonflikte entstehen da, wo Personen andere Rollen einnehmen, wie z. B. eine Führungsrolle. Rollen sind stets an Normen und Verhaltenserwartungen gebunden. Diese können von außen, aber auch von einem selbst, an die eigene Person gestellt sein. Es gibt angeborene Rollen, wie z. B. das Geschlecht, und erworbene Rollen, wie z. B. die berufliche Rolle. Die Gleichzeitigkeit von verschiedenen Rollen erhöht das Konflikt- und Ambiguitätspotential (vgl. Schwarz 2005 S. 140; Zietzschmann 2000 S. 30; Kreyenberg 2004 S. 42-45).

Die Literatur unterscheidet weiterhin zwischen Inter- und Intrarollenkonflikten.

Der Interrollenkonflikt kennzeichnet sich durch einen Konflikt zwischen verschiedenen Rollen die mit verschiedenen Erwartungen verknüpft sind (vgl. Schulz von Thun 2016 S. 190 ff.).

Beispiel: Die Stationsleitung muss an einer wichtigen Besprechung teilnehmen, was zu Überstunden führt, und muss daher das geplante Essen zum Hochzeitstag mit ihrem Ehemann absagen. Der Vorgesetzte erwartet Präsenz, der Ehemann erwartet das Feiern des Hochzeitstages. Hier besteht ein Konflikt zwischen den Rollen Stationsleitung und Ehefrau.

Der Intrarollenkonflikt kennzeichnet sich durch die verschiedenen Erwartungen der Rollenpartner an einen selbst und den sich daraus ergebenden Konflikten (vgl. Schulz von Thun 2016 S. 192-197).

Beispiel: Die Mitarbeiter möchten, dass die Stationsleitung mehr Personal anfordert, der Vorgesetzte möchte, dass die Station mit weniger Personal auskommt, da die Patientenzahlen rückläufig sind. Gleichzeitig möchte die Personalentwicklung, dass die Stationsleitung Mitarbeiter motiviert, wertschätzt und in den Mittelpunkt stellt. Hier besteht der Konflikt innerhalb der Stationsleitung, da eine Entscheidung getroffen werden muss, wie sie mit den Erwartungen der anderen umgeht.

3.2.4 Weitere Konfliktformen

Konflikte können weiterhin unterschieden werden in (vgl. Rüttinger & Sauer 2000 S. 19-26; Kreyenberg 2004 S. 25-33):

Zielkonflikte: Personen und Gruppen verfolgen unterschiedliche Ziele, sind aber voneinander abhängig.

Bewertungskonflikte: Personen und Gruppen verfolgen dieselben Ziele, versuchen die Ziele aber auf unterschiedlichem Weg zu erreichen.

Beurteilungskonflikte: Personen und Gruppen beurteilen das Erreichen eines Zieles mit unterschiedlichen, nicht zu vereinbarenden Methoden.

Prozedurenkonflikte: Die Abläufe einer bevorstehenden Aufgabe sind nicht klar definiert.

Verteilungskonflikte: Personen und Gruppen sind sich über die Verteilung von Aufgaben/Arbeiten nicht einig und können sich nicht auf einen Weg verständigen.

Wertekonflikte: Die Werte von Personen und Gruppen sind unterschiedlich und driften auseinander.

Beziehungskonflikte: Wenn Personen oder Gruppen über die Art der sozialen Beziehung uneins sind. Jeder Mensch hat das Bedürfnis nach Anerkennung und Akzeptanz. Werden diese Bedürfnisse nicht berücksichtigt, so können Gefühle wie Unterlegenheit, Inkompetenz und Machtlosigkeit hervortreten. Dies kann zu neuen Konflikten führen.

3.2.5 Konfliktrahmen

Glasl (2013) spricht von drei unterschiedlichen Konfliktrahmen, den Konflikten im mikro-sozialen, meso-sozialen und makro-sozialen Rahmen.

Konflikte, die im mikro-sozialen Rahmen stattfinden, beteiligen zwei oder mehrere Einzelpersonen oder auch kleine Gruppen. Ein Beispiel können hier Pflegekräfte einer Station sein. Die Akteure kennen sich und sind erkennbar für die Gegenpartei.

Der meso-soziale Rahmen baut sich aus mehreren mikro-sozialen Einheiten auf. Als Beispiel hierfür bietet sich die Organisation Krankenhaus an.

Dieser Rahmen hat für Gruppen oft keine persönliche Beziehungsebene mehr, da zumeist Exponenten (z. B. Führungskräfte) einer Abteilung die Kommunikation übernehmen. Konflikte im meso-sozialen Rahmen sind wesentlich komplexer, da Konflikte häufig zunächst auf der meso- und dann auf der mikro-sozialen Ebene gelöst werden können.

Eine weitere Komplexitätserhöhung findet im makro-sozialen Rahmen statt. Die Konflikte sind sehr ineinander verflochten und erschweren eine Analyse. Ein Beispiel könnte hier ein Konflikt in einer Klinik sein. Hier berühren sich Konflikte aus der Organisation der verschiedenen Abteilungen mit wirtschaftlichen Konflikten, vielleicht sogar auch Glaubenskonflikten und politischen Konflikten, die wieder im Kontext zu den gesellschaftlichen Erwartungen an eine Klinik stehen (vgl. Glasl 2013 S. 68 ff.).

Für die Konfliktparteien ist es nicht entscheidend, in welchem sozialen Rahmen Konflikte stattfinden. Es ist aber zu konstatieren, dass je größer der Rahmen, desto größer die Komplexität der sozialen Situationen, die sich durchdringen, überlagern und vielfach gegenseitig beeinflussen.

3.2.6 Konfliktpartei - Stakeholder

Eine weitere wichtige Unterscheidung liegt in der Konfliktpartei und den Stakeholdern. Konfliktparteien sind am Konflikt aktiv beteiligt, während Stakeholder dies nicht sind, aber ein Interesse am Verlauf oder Ausgang des Konfliktes besitzen (vgl. Glasl 2013 S. 116). Ein Beispiel hierzu: Zwei Mitarbeiter haben einen Konflikt, der sich auf privater Ebene abspielt. Die Leitung ist hier der Stakeholder; sie hat ein berechtigtes Interesse daran, wie der Konfliktverlauf sein wird, da sie ggf. eingreifen muss, wenn der Konflikt auf die Arbeitsebene transportiert wird und sich dort manifestiert oder ausgetragen wird.

Wie Konflikte verlaufen können, beschreibt das Phasenmodell der Konflikteskalation.

3.3 Phasenmodell der Konflikteskalation

Das Phasenmodell der Eskalation von Friedrich Glasl beschreibt den Eskalationsprozess in neun Stufen. Die Stufen werden in einer Abwärtsbewegung dargestellt. Das Modell soll helfen, Konfliktsituationen einzuordnen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können. Jede Stufe erfordert andere Lösungs- oder Führungsansätze (vgl. Kap. 5.1).

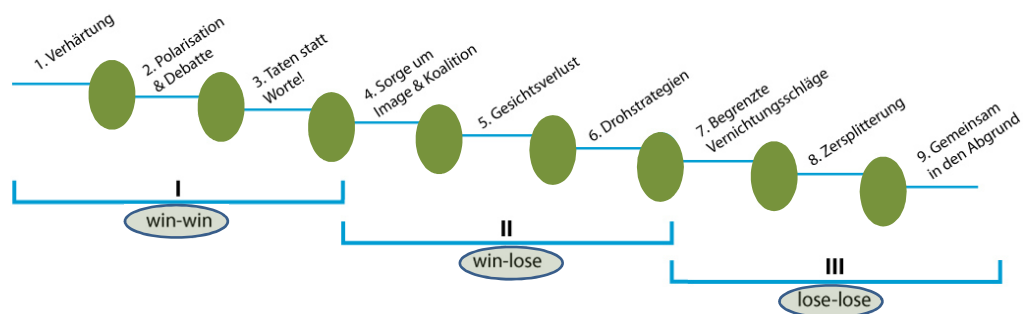


Abbildung 4: Stufen und Schwellen der Eskalation eigene Darstellung (vgl. Glasl 2013 S. 236)

Das Stufenmodell sieht eine Unterteilung in drei Hauptphasen vor, denen jeweils drei der neun Stufen zugeordnet wird. Die Übergänge der Hauptphasen benennt Glasl als Regressionsschwellen. Die erste Ebene bezeichnet die „win-win“-Ebene mit den Stufen: 1. Verhärtung, 2. Debatte/Polemik und 3. Taten statt Worte. Auf dieser Ebene wird ein Konflikt hauptsächlich auf der Sachebene ausgetragen. Die nächste Ebene ist die „win-lose“-Ebene mit den Stufen: 4. Images und Koalitionen, 5. Gesichtsverlust und 6. Drohstrategien und Erpressung. Diese Ebene greift in die Beziehungsebene ein, die Parteien möchten den Konflikt gewinnen. Die letzte Ebene ist die „lose-lose“-Ebene mit den Stufen: 7. Begrenzte Vernichtungsschläge, 8. Zersplitterung und totale Zerstörung und 9. Gemeinsam in den Abgrund. Auf dieser Ebene möchte man dem Gegner empfindlich schaden und nimmt auch einen eigenen Schaden in Kauf.

Die Stufen sind nicht immer deutlich voneinander zu trennen, da sie fließend ineinander übergehen, auch können Konfliktparteien auf unterschiedlichen

Stufen agieren. So kann z. B. eine Konfliktpartei schon um „Anhänger“ werben, während die andere Partei noch nach Argumenten zur Überzeugung sucht (vgl. Glasl 2013 S. 235-305).

3.3.1 Neun Stufen der Konflikteskalation im Detail

Stufe 1 - Verhärtung

Verschiedene Meinungen und Standpunkte prallen aufeinander. Eine Verhärtung der Standpunkte findet statt. Bewusst werden Spannungen wahrgenommen. Eine Unbefangenheit lässt nach.

Stufe 2 - Debatte, Polemik

Es werden rigorosere Haltungen eingenommen. Das bewusste Eigeninteresse rückt in den Vordergrund und das Interesse der Gegenpartei wird weniger berücksichtigt. Logik und Verstand werden gezielt eingesetzt, um die Gegenpartei in die Enge zu treiben.

Stufe 3 - Taten statt Worte

Es kommt zu gegenseitigem Blockieren. Eine Partei möchte dominieren, dies wird mit provozierenden Handlungen versucht. Reden ist in der Stufe nicht mehr angebracht. Es kommt zu einer Konfliktbeschleunigung. Empathie geht verloren.

Stufe 4 - Images und Koalitionen

Das Gefühlsleben polarisiert. Es wird versucht den Gegner zu isolieren und zu schädigen. Die Kommunikation geht verloren. Die Parteien suchen Koalitionen und Allianzen. Es wird gezielt versucht negativ zu beeinflussen.

Stufe 5 - Gesichtsverlust

Direkte Angriffe auf die Gegenpartei beherrschen die Szene. Niederlagen und Demütigungen sind das Ziel. Das Interesse liegt nur bei einem selbst. Die soziale Umgebung soll die öffentliche Demaskierung des Gegners erleben. Es herrscht ein Verlust der Außenwahrnehmung.

Stufe 6 - Drohstrategien, Erpressung

Die Kommunikation wird durch unüberbrückbare Diskrepanzen unterbunden. Gegenseitige Drohungen werden offen ausgesprochen. Die Parteien versuchen alleinige Kontrolle zu erlangen. Die Parteien manövrieren sich selbst in einen Handlungs- und Entscheidungszwang.

Stufe 7 - Begrenzte Vernichtungsschläge

Der Gegner wird persönlich geschädigt. Begrenzte Vernichtungsschläge werden ausgeführt. Die Parteien sehen sich nicht mehr als Träger von menschlichen Grundzügen, um größtmöglichen Anstand zum Gegner zu erhalten.

Stufe 8 - Zersplitterung, totale Zerstörung

Die Vernichtung des Gegners ist um jeden Preis das Ziel. Dabei nimmt man in Kauf, einen großen Schaden davon zu tragen. Es wird versucht, die eigene Existenz nicht in Gefahr zu bringen.

Stufe 9 - Gemeinsam in den Abgrund

Die totale Konfrontation um jeden Preis. Die Vernichtung des Gegners und die eigene wird verfolgt.

(vgl. Glasl 2013 S. 235-305)

4 Spannungsfeld Stationsleitung und mögliche Konflikte

Die Stationsleitung im Krankenhaus ist eine besondere Schnittstelle, an der viele Interessen zusammenlaufen. Sie sorgt für ihr Team, ist Ansprechpartner für Ärzte, ist bei Patienten und Angehörigen präsent, führt auf operativer Ebene Unternehmensentscheidungen aus, vertritt das Unternehmen und den Berufsstand und vieles mehr. Das folgende Kapitel soll Einblicke geben, welche Situationen sich potentiell zu schwerwiegenden Konflikten entwickeln können. Der Hauptfokus liegt auf inter- und intrapersonalen und Inter- und Intrarollenkonflikten. Hierzu wird das dokumentierte Wissen aus den Kapiteln 2. und 3. der vorliegenden Arbeit mit der praxisnahen Wirklichkeit verknüpft. Am Ende eines jeden Kapitels wird ein kurzes Fazit gezogen.

Die nachfolgende Abbildung soll einen Überblick geben, welche Themengebiete dieses Kapitel behandelt und das Spannungsfeld verdeutlichen.



Abbildung 5: Stationsleitung im Spannungsfeld (eigene Darstellung)

Eine Lösbarkeit oder der Umgang mit Konflikten hängt neben dem Konfliktrahmen maßgeblich von den Konfliktparteien und auch dem Konfliktinhalt ab. Die folgenden Unterkapitel haben den Anspruch, die Komplexität der

verschiedenen Spannungen und möglicher Konflikte zu verdeutlichen, der eine Stationsleitung im Krankenhaus ausgesetzt ist.

4.1 Mitarbeiter und Vorgesetzte

Die Haltung beider Parteien ist mit unterschiedlichen Erwartungen an die Stationsleitung geknüpft. Die Mitarbeiter verlangen einen organisierten Ablauf, der ausreichende Zeit für eine patientenorientierte Pflege zur Verfügung stellt. Die Ansprüche des direkten Vorgesetzten bis hin zur oberen Führungsebene werden an eine hohe Leistungsfähigkeit der Pflegenden geknüpft, die im besten Fall kosteneinsparend ist. Als Stationsleitung ist man diesen Gegensätzen permanent ausgesetzt (vgl. Schäfer & Jacobs 2016 S. 366 f.). An dieser Stelle können Rollenkonflikte, aufgrund mangelnder Rollenkongruenz, auftreten. Zum einen möchte man den Pflegekräften gerecht werden und unterstützt zum Beispiel als Stationsleitung aktiv die Pflegearbeit und vernachlässigt die Leitungsarbeit. Andererseits möchte man auch gegenüber der Pflegedienstleitung seiner Arbeit gerecht werden (vgl. Schwarz 2005 S. 140 f.). Dieser Rollenambiguität zu entkommen konstatieren Schäfer und Jacobs wie folgt:

„Sobald Sie sich zum Lobbyisten einer Seite machen, erkennen das die anderen und werden Sie verstärkt beeinflussen wollen, was unweigerlich zu einer Konfliktverstärkung führt.“ (vgl. Schäfer & Jacobs 2016 S. 367)

Daher ist es umso wichtiger, dass klare Zuständigkeiten definiert sind und die Rolle der Stationsleitung klar zu erkennen ist. Hilfreich ist hierfür z. B. das Vorhandensein einer Stellenbeschreibung. Aufgrund fehlender Managementqualifikationen und mangelnder Abgrenzung werden Führungsdefizite oft erkennbar. So ist häufig eine Stationsleitung im Stellenplan der Pflegekräfte voll eingerechnet und hat weder ausreichend Ressourcen, wie Räumlichkeiten, Zeit oder Sekretariatsarbeit, ihre Managementaufgaben vollumfänglich wahrzunehmen. Diese Defizite schlagen sich unmittelbar bei den Mitarbeitern in Arbeitsunzufriedenheit nieder, da eine direkte Anleitung und Führung der Mitarbeiter kaum möglich ist (vgl. Kaiser 2000 S. 171).

Führungskräfte beeinflussen durch ihr Verhalten das Stresserleben und die Gesundheit der Mitarbeiter. Die gesundheitlichen Beschwerden von Mitarbeitern reduzieren sich mit der direkten Unterstützung von Vorgesetzten (vgl. Lohmann-Haislah und Schütte 2013 S. 123). Die nachfolgende Abbildung, aus dem Stressreport der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin aus dem Jahr 2013, soll dies verdeutlichen.

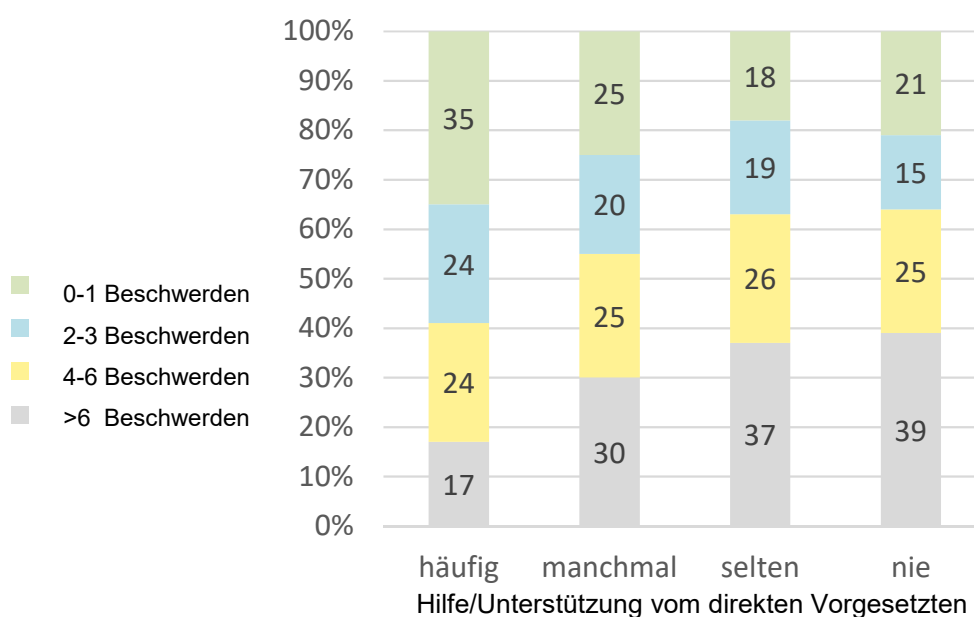


Abbildung 6: Anzahl Beschwerden & Hilfen/Unterstützung vom direkten Vorgesetzten (n = 17 562) eigene Darstellung (vgl. Lohmann-Haislah & Schütte 2013 S. 124)

Weiteres Konfliktpotential beschreibt Schwarz (2005) in der Differenzierung nach Vorgesetzten und Spezialisten. Der Spezialist kann aufgrund seiner Expertise u. U. mehr in seinem Fachgebiet, als sein Vorgesetzter. Daher sollte die letzte Entscheidung nach Möglichkeit beim Spezialisten liegen und nicht der eigentlichen Hierarchie folgend beim Vorgesetzten. In diesem komplexen Konfliktfeld stehen Mitarbeiter und Vorgesetzte permanent. Auch hier ist die Klarheit von Rollenkompetenzen eminent wichtig, um einer Ambiguität entgegenzuwirken (vgl. Schwarz 2005 S. 181 ff.).

Die vielfach in der Literatur beschriebene Sandwichposition konkretisiert die Wichtigkeit der Rollendefinition.

4.1.1 Sandwichposition

Der Druck, den eine klassische Sandwichposition ausmacht und der Führungskräfte ausgeliefert sein können, hat sich in den vergangenen Jahren

stetig erhöht. Der Druck, „der von unten und von oben“ herrscht, ergibt sich durch ehrgeizige Zielvorgaben, Kostendruck, Mitarbeiterbefragungen und Leitlinien des Unternehmens des oberen Managements, sowie die Ansprüche der Mitarbeiter, dass man als Führungskraft für deren Belange eintreten „soll“ und die Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt.

Häufig sind es noch mehr Rollenpartner, die Druck auf die Stationsleitung ausüben können (vgl. Schulz von Thun 2016 S. 193 ff.; Hölterhoff et al. 2011 S. 17).

Klassische Industrieunternehmen trennen Produktion von Management, dies ist im Krankenhaus nicht der Fall. Führungskräfte sollen den Spagat zwischen Patientenversorgung und Managementaufgaben aushalten. Das berufliche Selbstverständnis beeinflusst somit das Managementverhalten. Größer noch ist der Bruch, wenn man aus einem Team in die Rolle der Stationsleitung aufsteigt. Aufgrund emotionaler Bindungen zum Team kann der Druck um ein vielfaches höher sein. Die Neuorientierung und die veränderten Sichtweisen auf Probleme des Betriebes, der Patienten und der Mitarbeiter erfordern Zusatzqualifikationen in Managementbereichen (vgl. Tewes 2015 S. VII ff.).

4.1.2 Fazit

Der Druck, der von Mitarbeiter- und Vorgesetzenseite ausgeübt wird, setzt die Stationsleitung einem hohen Konfliktpotential aus. Dies erfordert neben der sorgsamten Auswahl von Führungskräften auch einen genauen Blick auf die persönlichen Fertigkeiten und die Möglichkeit einer fundierten Weiterbildung bevor man eine Führungsrolle übernimmt. Ein klares Rollenverständnis, z. B. in Form einer Stellenbeschreibung, ist für eine Stationsleitung wichtig und unterstützt sie in der Abgrenzung, um intra- und interpersonales Konfliktpotential zu minimieren.

4.1.3 Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen

Die NEXT-Studie (Akronym für: *nurses' early exit study*) hat im Jahr 2005 umfassende Ergebnisse zu einem vorzeitigen Ausstieg aus dem Beruf der Pflege geliefert. Demnach erwägen 18,4 % der Pflegepersonen einen Berufsausstieg, was im europäischen Vergleich hoch ist. Von 3131 gültigen

Fällen (Pflegepersonen), haben beispielsweise 93 Pflegende täglich daran gedacht den Beruf zu verlassen, 171 mehrmals wöchentlich und 312 mehrmals monatlich (vgl. Hasselhorn, Müller, Tackenberg, Kümmerling, Simon 2005 S. 138).

Nachfolgend werden exemplarische Beispiele der Ergebnisse vorgestellt.

Geschlecht: Männliche Teilnehmer erwogen den Ausstieg öfters als Frauen, vor allem in der Altersgruppe 25 - 40 Jahre. Insgesamt ergab die Geschlechterverteilung aber keine signifikanten Unterschiede.

Alter: Die Altersgruppe von 25 - 29 dachte am häufigsten darüber nach, den Pflegeberuf zu verlassen. In der ambulanten Pflege und in Pflegeheimen dachten Jüngere seltener als Ältere über einen Ausstieg nach, als Pflegende in Krankenhäusern.

Art der Einrichtung: Der Unterschied in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten wird als nicht signifikant beschrieben, dennoch erwog das Pflegepersonal in Krankenhäusern den Ausstieg am häufigsten.

Qualifikationsniveau: Der Wunsch, den Beruf zu verlassen, trat am häufigsten bei examiniertem Pflegepersonal mit und ohne Zusatzqualifikation auf.

Berufsdauer: Je länger das Pflegepersonal im Beruf verweilt, desto mehr nimmt der Wunsch nach einem Ausstieg ab, dies gilt auch für die Betriebszugehörigkeit.

Erschöpfung: Psychische Erschöpfung ist bei examinierten (Frauen wie Männern) am ausgeprägtesten. In Pflegeheimen war die Ausprägung am stärksten den Beruf zu verlassen (vgl. Hasselhorn et al. 2005 S. 138-144).

Wenn man sich die Beschäftigungszahlen von Gesundheits- und Krankenpflegern ab dem Jahr 2012 anschaut, ist zu konstatieren, dass die Gesamtbeschäftigtenzahlen ansteigen, aber auch die Zahlen von Teilzeitbeschäftigung. Im Jahr 2012 waren 782 000, und im Jahr 2015 829 000 Gesundheits- und Krankenpfleger in den Krankenhäusern beschäftigt. Das Teilzeitbeschäftigungsverhältnis stieg parallel dazu an. Im Jahr 2012 waren es 434 000 Teilzeitbeschäftigte und im Jahr 2015 464 000 (vgl. Statistisches Bundesamt 2017 S. 12, 24).

4.1.4 Fazit

Im europäischen Vergleich ist der Gedanke, aus dem Beruf der Pflege auszusteigen, in Deutschland höher. Die politischen Bemühungen der letzten Jahre, mehr Gelder für Pflegepersonal zur Verfügung zu stellen (Krankenhausstrukturgesetz und Pflegestärkungsgesetz), scheinen zumindest einen weiteren gewollten Abbau des Pflegepersonals aktuell zu verhindern. Die Gesetze verbessern aber nicht die Arbeitsbedingungen. Insbesondere bei den jungen Pflegenden muss versucht werden, dass sie im Beruf verbleiben, um langfristig die Pflege in der Gesellschaft zu sichern. Krankenhäuser als Arbeitsplatz müssen an Attraktivität gewinnen. Wie Stationsleitungen den Druck der Abwanderung von Mitarbeitern erleben ist nicht erforscht. Auch hier wird die Sandwichposition deutlich und birgt hohes Konfliktpotential.

4.2 Ärzte

Ärzte und Pflege bilden die größten Berufsgruppen im Krankenhaus, die am Patienten tätig werden. Die Pflege ist zahlenmäßig aber weitaus stärker vertreten. Durch die zunehmende Professionalisierung der Pflegekräfte verändert sich auch das Arbeitsbild der Pflegenden. Die Mediziner betrachten die Neuausrichtung der Pflege mit viel Skepsis, nicht zuletzt da sie befürchten, dass Anordnungen (z. B. Behandlungspflege) und Wünsche in der Behandlung von Patienten zu kurz kommen könnten. Es besteht ein großes Konfliktpotential in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden, dies beginnt schon bei der Wahrnehmung der eigenen Wertigkeit im Krankenhaus. Die sozialen Konflikte, die eher im mikro-sozialem Raum angesiedelt sind, gehören zum Alltag. Ärzte sind eher weniger teamorientiert, da ihre Karrieresituation andere Eigenschaften, wie z. B. fachliches Können, Durchsetzungsvermögen u. a., erfordern. Pflegende hingegen haben bereits ab Ausbildungsbeginn Erfahrung in Teamarbeit, Solidarität, Demokratiebewusstsein und Toleranz und sind im Arbeitsalltag auf diese Eigenschaften angewiesen.

Konflikte zwischen Ärzten und Pflegenden entstehen häufig in einem unzureichend gesetzlich geregelten Vorgesetzten- und Arbeitsverhältnis. Pflegende befinden sich im Spannungsverhältnis zwischen Weisungsbefugnis der Stationsleitung und den Anordnungen der Ärzteschaft. Pflegende erkennen zum einen die ärztliche Fachkompetenz an, bemängeln aber hingegen z. B. Gesprächsführung und Führungseigenschaften (vgl. Schäfer & Jacobs 2016 S. 31 ff.; Kaiser 2000 S. 170 ff.; Hibbeler 2011 S. A2138-A2144).

Schäfer und Jacobs (2013) formulieren zusammenfassend:

„Die Ärzte, die sich hauptsächlich mit medizinischen Dingen beschäftigen, dabei aber gleichzeitig auf die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen angewiesen sind, stoßen auf Widerstand, wenn sie die benötigte Hilfe einfach nur >>anordnen<< und als >>Mittel zum Zweck<< betrachten. Gerade die Pflegekräfte hinterfragen mit zunehmender Qualifikation und Professionalisierung die >>Anordnungen<< der Ärzte, bevor sie sie ausführen.“ (vgl. Schäfer & Jacobs 2016 S. 32)

Ein Forschungsprojekt aus dem Jahr 2008, welches durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin herausgegeben wurde und die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus untersucht hat, beschreibt das Verhältnis zwischen beiden Berufsgruppen wie folgt: Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden ist von einer Konflikthanfälligkeit geprägt. Die allgemeine Arbeitsverdichtung verschärft Kommunikationsprobleme und führt zu Belastungen im Team bis hin zu einer Verlängerung der Verweildauer für Patienten. Da die Berufsgruppen eher unter sich bleiben, gehen viele wichtige differenzierte Informationen verloren. Unterschiedliche Dokumentationssysteme begünstigen dies zusätzlich. Behandlungs- und Pflegefehler können eine Folge sein (vgl. Bartholomeyczik, Donath, Schmidt, Rieger, Berger, Wittich, Dieterle 2008 S. 10 f.).

4.2.1 Fazit

Zwischen Ärzten und Pflegekräften herrscht ein hohes Konfliktpotential. Durch die verschiedenen Ansätze und erforderlichen Eigenschaften, die beide Berufsgruppen mitbringen, gehören soziale Konflikte zum Alltag. Verschleppte Informationen können sich in Behandlungs- und Pflegefehlern äußern bis hin zu einer Verlängerung des Aufenthaltes, welcher u. U. mit

wirtschaftlichen Einbußen einhergeht. Werte-, Verteilungs- oder Bewertungskonflikte können die Stationsleitung in eine schwierige Lage manövrieren. Zusätzlich erschwerend ist auch die einseitige Vorgesetztenfunktion.

4.3 Patienten und Angehörige

Für Patienten und Angehörige stellt ein Krankenhausaufenthalt einen großen Einschnitt in die Persönlichkeitsrechte und in die Intimsphäre dar. Mehrbettzimmer, Aufnahme- und Visitengespräche, intime Untersuchungen oder Toilettengänge, die im Krankenzimmer stattfinden, stellen alle Beteiligten vor große Herausforderungen. Häufig ist ein Krankenhausaufenthalt von Angst und Unsicherheiten geprägt. Hinzu kommen gesetzliche Regelungen, wie z. B. die Datenschutzpflicht oder die Schweigepflicht, die eminent wichtig sind, aber oft auch verletzt oder ignoriert werden (vgl. Kaiser 2000 S. 169).

Kaiser (2000 S. 169) liefert eine mögliche Begründung:

„Obwohl es sich hier um Straftatbestände handelt, haben Betriebsleitung und Mitarbeiter „wegen“ des hohen Rationalisierungsdrucks und anderer professioneller/institutioneller Prioritäten in diesen Angelegenheiten häufig kein Unrechtsbewusstsein. Die Missachtung der Patientenrechte findet selbst in modernen Kliniken schon in Architektur und Raumausstattung ihren Ausdruck: Optisch und akustisch abgeschirmte Untersuchungs- und Besprechungsräume sind oft schlicht nicht vorgesehen.“

Auf dieser Basis soll eine intime Vertrautheit geschaffen werden, mit Personen, die einem fremd sind.

Angehörige sind für das System Krankenhaus eher störend. Die Betreuung und das Beantworten von Fragen sind im Stellen-, Zeit- und Budgetplan nicht vorgesehen. Wenn Patienten und Angehörige ihre Anliegen offen einfordern, *„haben sie schnell die Macht des Apparats gegen sich und werden als Querulanten abgestempelt“*, so Kaiser (2000 S. 169).

Am 26. Februar 2013 trat das Patientenrechtegesetz in Kraft. Es fasst die Rechte und Pflichten von Patienten zusammen und stärkt die Versichertenrechte im Allgemeinen. Patienten haben das Recht auf eine angemessene Aufklärung und Beratung. Die Selbstbestimmung und das Recht auf Privatsphäre sind zu respektieren (vgl. Bundesgesundheitsministerium 2017).

Die steigende Entwicklung der Patientenzahlen bei zeitgleichem Absinken der durchschnittlichen Verweildauer in Krankenhäusern (vgl. Abb. 7) begünstigen die eingangs beschriebenen Problematiken.

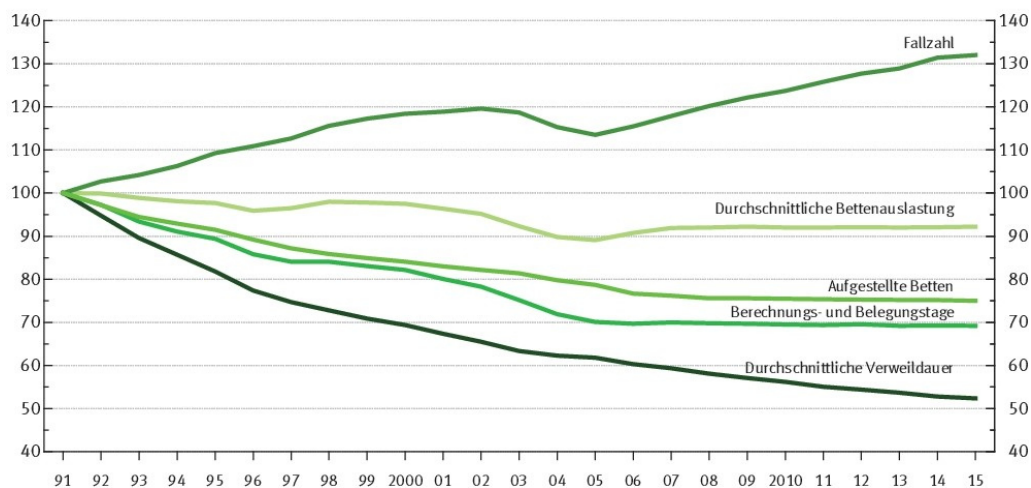


Abbildung 7: Entwicklung zentraler Indikatoren für Krankenhäuser (vgl. Statistisches Bundesamt 2015 S. 10)

Ein weiterer Faktor ist der demografische Wandel. Die Bevölkerung in der Altersgruppe von 65 und älter wird im Jahr 2030 um 5,6 % bei Männern und 9 % bei Frauen höher liegen als im Vergleich zum Jahr 2008 (vgl. Abb. 8 S. 30).

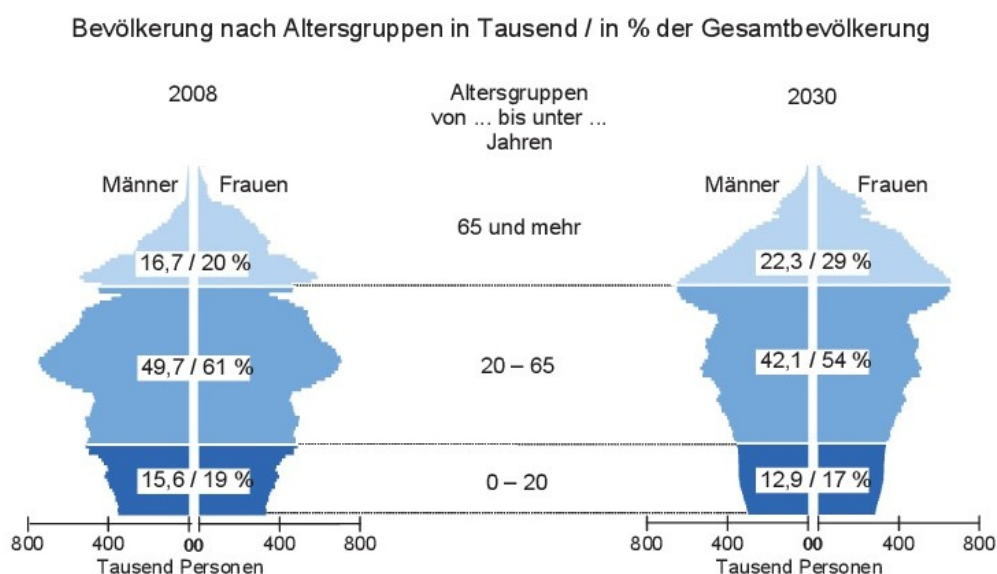


Abbildung 8: Bevölkerung nach Altersgruppen 2008/2030 (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011 S. 24)

Retrospektiv betrachtet ist ein Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu verzeichnen. Waren es im Jahr 1999 2,02 Millionen Pflegebedürftige, ist der Anteil im Jahr 2007 auf 2,25 Millionen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes gestiegen (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010 S. 21). Im Jahr 2015 waren es bereits 2,86 Millionen Pflegebedürftige (Statistisches Bundesamt 2017). Prospektiv sind verschiedene Berechnungsszenarien möglich. Mit Blick auf die aktuelle Bevölkerungsstruktur erwartet man aber einen weiteren Anstieg der Zahlen, die hier nicht näher ausgeführt werden.

Neben dem Anstieg der Pflegebedürftigkeit wird der Patient heute zunehmend als Kunde betrachtet. Die eigentliche pflegerisch-medizinische Betreuung geht mit Erwartungen, wie

- einen guten Service, Betreuung,
- eine angenehme Atmosphäre,
- ein wohltuendes Ambiente oder
- das Gefühl etwas oder jemand Besonderes zu sein,

einher (vgl. Schäfer & Jacobs 2016 S. 347).

Als Stationsleitung sieht man sich mit diesen Entwicklungen konfrontiert. Die Herausforderung, ein kundenorientiertes Verhalten einzuführen bzw. einzusetzen, ist je nach Setting wesentlich größer. So kann man davon ausgehen, dass zwischen Privatkliniken und Kliniken im öffentlichen Dienst Welten herrschen. Wenn Stationsleitungen sich dem Thema nähern wollen, empfehlen Schäfer und Jacobs (2014), zunächst die Kunden zu identifizieren und dann eine gezielte Marktforschung zu betreiben, um daraus geeignete Maßnahmen ableiten zu können. *„Konflikte zwischen dem Pflegepersonal und dem Klienten nehmen ab“* ist eine positive Folge, die sich aus einer konsequenten Kundenorientierung ergeben kann (vgl. Schäfer & Jacobs 2016 S. 350).

Schwierigkeiten oder auch Gefahren liegen vorwiegend im Motivationsverlust der Pflegefachkräfte in der Umsetzungsphase. Als Stationsleitung wird man Beschwerden oder Informationen erhalten, die auf der eigenen Führungsebene nicht zu lösen sind. So handelt man eher rechtfertigend als lösungsorientiert. Das Mitarbeiterverhalten kann nur über einen längeren

Zeitraum verändert werden. Die mechanische Umsetzung des Konzeptes Kundenorientierung überwiegt gegenüber dem mit Einbezug der Mitarbeiter und des eigenen Wollens. Meinungsänderungen bei Patienten werden nicht in einem stetigen Prozess evaluiert (vgl. Schäfer & Jacobs 2016 S. 350 f.).

4.3.1 Fazit

Ein Krankenhausaufenthalt geht mit großen Einschnitten in die Persönlichkeitsrechte einher. Krankenhäuser werden den schnell wachsenden Anforderungen und Anpassungen von Gesetzen kaum gerecht. Bei einer sinkenden durchschnittlichen Verweildauer steigt die Zahl der Patientenbehandlungen. Der demografische Wandel und die daraus resultierende Pflegebedürftigkeit verstärken diese Entwicklung. Der Servicegedanke, wobei der Patient zum Kunden wird, hält mehr und mehr Einzug in die Pflege. In dieser Gesamtentwicklung steht die Stationsleitung im Brennpunkt. Ihr obliegt die Steuerung von diversen Anliegen, Forderungen, Gestaltungen des Wandels und wie dies patientenorientiert, kundenfreundlich und im Sinne des Unternehmens kommuniziert wird. An dieser Stelle können sämtliche Konfliktformen auftreten, da die Grundbelange häufig gar nicht gelöst werden können. Dies kann zu Störungen im Rollenverhalten führen und birgt großes inneres Konfliktpotential, da die Stationsleitung nicht in der Lage ist, Anliegen in Gänze zu lösen. Maximal kann sie die Anliegen abfedern und deeskalierend tätig werden.

4.4 Gesellschaft

Die gesellschaftlichen Anforderungen an das Gesundheitssystem in Deutschland haben sich in den vergangenen Jahren stark verändert. Der demografische Wandel und die gesteigerte Lebenserwartung, einhergehend mit der Fortentwicklung der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, stellen die Gesellschaft und das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen.

Die Gesellschaft selbst wird in den kommenden Jahren aktiviert werden müssen, um das Thema Pflege in der Mitte der Gesellschaft zu sichern. Durch eine angepasste, attraktivere Ausbildungssituation zur professionellen Pflegekraft und klar definierten Kompetenzbereichen, muss das Thema

Pflege mit all ihren Facetten tiefer in der Gesellschaft verwurzelt werden (vgl. Hiemetzberger et al. 2013 S. 151 ff.; Tewes 2015 S. VII f.).

Das Institut für Demoskopie aus Allensbach befragt in regelmäßigen Abständen die Bevölkerung zum Ansehen bestimmter Berufe. Die letzte Befragung (n = 1570) fand im Jahr 2013 statt. Es wurden bundesweit Personen ab 16 Jahren befragt. Die „Krankenschwester“ ist abermals auf dem zweiten Platz des Rankings angesiedelt (siehe Abb. 6 S. 33).

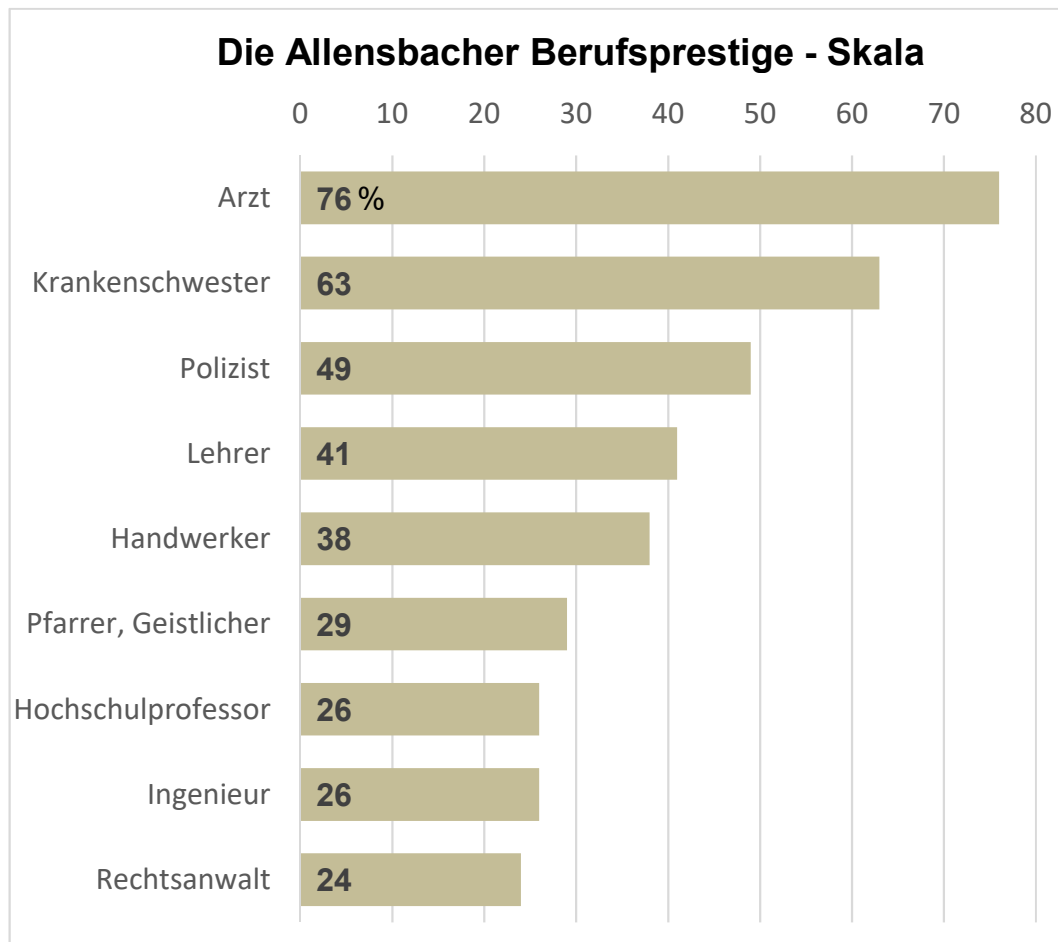


Abbildung 9: Ausschnitt Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013 eigene Darstellung (vgl. Institut für Demoskopie Allensbach 2013 S. 2)

Für die Pflegekräfte in Deutschland steht die patientenorientierte Pflege, in der Verwirklichung einer umfassenden Pflege, im Widerspruch zur derzeitigen gesellschaftlichen Entwicklung. Dazu ein Zitat:

„Einsparungsmaßnahmen, besonders beim Pflegepersonal, die zunehmende Arbeitsdichte, die hoch technisierten Arbeitsweisen im Krankenhaus - all dies sind Entwicklungen, die das Krankenhauspersonal immer weiter vom Patienten entfernen. [...] Zwischen diesen Punkten besteht ein schwer lösbarer Konflikt, und Sie als Stationsleitung stehen im Zentrum dieses Konflikts.“ (vgl. Schäfer & Jacobs 2016 S. 366).

4.4.1 Fazit

Das Thema Pflege muss mittig in der Gesellschaft platziert werden. Der demografische Wandel mit all seinen Facetten lässt ein weiteres Verschieben des Themas nicht zu. Das Ansehen des Berufes in der Gesellschaft ist gut, es steht aber konträr zur aktuellen Entwicklung und einem Fachkräftemangel. Der Pflegeberuf muss attraktiver werden, um patientenorientiert pflegen zu können. Die Stationsleitung muss diesen Mangel auf operativer Basis verwalten und sich den schwierigen Gesprächen an breiter Front stellen.

4.5 Politik beeinflusst die (Hierarchie in) Organisationen

Aufgrund des hohen Komplexitätslevels und der möglichen Vielfalt von Konfliktsituationen kann in der vorliegenden Arbeit die Thematik Politik und Organisation nur knapp behandelt werden. Am Beispiel der Krankenhausfinanzierung soll deutlich gemacht werden, wie Themen aus der Politikebene, zum Konfliktpotential auf Mitarbeiter- und Stationsleitungsebene avancieren können. Wie bereits erwähnt, sind Konflikte, die sich im makrosozialen Rahmen abspielen, einer sehr hohen Komplexität ausgesetzt. Die Konflikte sind zum Teil sehr verschachtelt angelegt, so dass eine Analyse nur sehr schwer möglich ist (vgl. Glasl 2013 S. 70).

Das Beispiel Krankenhausfinanzierung:

Ab dem Jahr 1973 wurden sehr unterschiedliche Systeme zur Finanzierung verabschiedet. Die duale Finanzierung 1973 - 1985, die flexible Budgetierung 1986 - 1992, das Gesundheitsstrukturgesetz (Budgetdeckelung) 1993 - 1995, Fallpauschalen/Sonderentgelte/Basispflegesatz 1996 und seit 2004 die Einführung des DRG-Systems. Keines dieser Finanzierungssysteme konnte die Probleme der Krankenhäuser in den Griff bekommen, geschweige denn lösen. Die Krankenhäuser wurden einem Wettbewerb ausgesetzt, der einen Betten- und Personalabbau einläutete (vgl. Schäfer & Jacobs 2016 S. 369 f.).

Dieses Beispiel verdeutlicht das überkommene Konfliktpotential, welche politische Entscheidungen mit sich bringen können. Betten- und Personaleinsparungen führen auf Organisationsebene zu Umstrukturierungsmaßnahmen, welche von der oberen Führungsebene entschieden werden. Die

mittlere und untere Führungsebene flankieren diese Entscheidungen und sind für die Umsetzung verantwortlich. Auf der operativen Ebene ist das Endergebnis in z. B. weniger Personal sichtbar, was zu einer Arbeitsverdichtung führt. Die Pflegenden haben objektiv weniger Zeit für die Patienten, was Patienten und Angehörige spüren. Das hohe Ansehen des Pflegeberufes in der Gesellschaft bröckelt an dieser Stelle meist, da Patienten und Angehörige nun selbst und direkt von Einschränkungen betroffen sind.

Erschwerend kommen Konflikte in unterschiedlichen hierarchischen Positionen hinzu, die auf mehrere Ursachen zurückzuführen sind:

- Unterschiede in der Information
- Unterschiede in den Zielen, Werten und Normen
- Unterschiede in der Loyalität

(vgl. Tannenbaum 1969 zitiert in Rüttinger & Sauer 2000 S. 100).

Informationen werden häufig aufgrund unterschiedlicher Motivation aufgefasst. Meist sind es Quellen, die aus der unmittelbaren sozialen Umwelt stammen. Mitarbeiter informieren Mitarbeiter, Führungskräfte informieren Führungskräfte.

Werte und Normen unterscheiden sich bei der Einschätzung von Arbeitsleistungen. So schätzen z. B. höhere Führungskräfte das zu schaffende Arbeitspensum höher ein, als untere Führungskräfte. Demgegenüber schätzen Mitarbeiter das zu schaffende Pensum niedriger ein, als ihre Vorgesetzten. Führungskräfte werden von ihren Vorgesetzten nach ihrer Aufgabenorientiertheit und von Mitarbeitern nach ihrer Mitarbeiterorientiertheit beurteilt.

Bei der Loyalität neigen höher gestellte Mitarbeiter dazu, sich eher mit den Normen und Zielen der Organisation zu identifizieren (vgl. Rüttinger & Sauer 2000 S. 101 f.).

Das Dilemma wird deutlich, wenn man sich Entscheidungen in Organisationen anschaut, wie sie tatsächlich getroffen werden. Es gelangt nur ein geringer Anteil von operativen Entscheidungen an die Hierarchiespitze.

Mitarbeiter sind in der Lage zu steuern, was nach „oben“ kommuniziert wird.

„Sie haben eine Art Filterfunktion und können ihre „Chefs“ ruhig stellen und in gewissen Bandbreiten ahnungslos halten. [...] Insofern entscheiden sie stets in großem Maße, ob ihre Vorgesetzten „erfolgreich“ sind, oder anders gesagt: Sie kontrollieren die Unsicherheiten ihrer Chefs und haben daher auch eine nicht zu unterschätzende Macht über sie.“ (vgl. Simon 2015 S. 92)

Formale Hierarchien koordinieren dennoch die Handlungen in Organisationen und wissen um die Unvermeidbarkeit von verschiedenen Sichtweisen und Konflikten. Insbesondere in Konfliktfällen wird deutlich, wie wichtig Hierarchie ist, um koordinierte Entscheidungsprämissen herbeizuführen.

Bei Interessens- oder Zielkonflikten sorgt die Hierarchie mit einer Entscheidung dafür, dass sie handlungsfähig bleibt.

„Unabhängig davon, ob ihre Entscheidungen als richtig oder falsch beurteilt werden, sie gewährleisten, dass eine Lähmung der Organisation verhindert wird. Und das Wissen, dass im Konfliktfall eine hierarchisch übergeordnete Instanz entscheidet, schafft für die Konfliktparteien ein Maß an Unsicherheit, das sie dazu motivieren kann, den Konflikt zu vermeiden oder sich friedlich zu einigen.“ (vgl. Simon 2015 S. 93 f.)

Formale Hierarchien sind Machtstrukturen, die Konflikten vorbeugen können, weil den Beteiligten häufig nicht klar ist, welche Konsequenzen das Verhalten haben kann. Simon (2015) beschreibt zwei machterhaltende Strategien. Zum einen die Strategie „Zeitdruck“ erzeugen. Dort wo schnelle Entscheidungen getroffen werden müssen ist die Hierarchie gefragt. Hier werden zügig, ohne lange Kommunikation zu betreiben, Entscheidungen getroffen. Eine zweite Strategie ist die „Teile und herrsche!“-Methode. Organisationen gewinnen ihre Funktionalität aus handhabbaren Konflikten der untergeordneten Ebene. Dies betrifft nicht jeden Konflikt, aber auch hier kann die Macht von Hierarchie sichtbar werden (vgl. Simon 2015 S. 92-95).

4.5.1 Fazit

Die hochkomplexe Wirksamkeit von politischen Entscheidungen wirkt direkt auf Organisationen, deren Führungsebenen, bis hin zum Mitarbeiter und letztlich zum Patienten. Die Auswirkungen dieser Entscheidungen führen den Weg der Hierarchieleiter wieder zurück nach oben, allerdings in einer abgewandelten Fassung. Patienten machen ihrem Ärger Luft bei den Pflegekräften, diese wiederum geben den Ärger an ihre Stationsleitungen wei-

ter. Ab dieser Hierarchiestufe verwässern die Informationen zusehends aufgrund unterschiedlicher Informationslagen, Unterschiede in Werten und Normen, sowie Zielen und der Loyalität. Für die Stationsleitung ergeben sich eine Unzahl an neuen Konfliktszenarien, ob als Stakeholder oder als aktiv beteiligte Partei die es auszuhalten gilt. Die Sandwichposition tritt abermals sehr deutlich an dieser Stelle hervor, da von beiden Seiten Druck erzeugt wird. Inter- und Intrarollenkonflikte sind vorprogrammiert.

5 Umgang mit Konflikten

Wie in der Einleitung beschrieben, soll die vorliegende Arbeit keine Lösungsstrategien beleuchten und Empfehlungen geben, wie und in welcher Situation man optimal mit Konflikten umgehen kann. Dieses Kapitel soll dennoch, ohne sie detailliert zu behandeln, Lösungsmöglichkeiten in der Konflikt-handhabung aufzeigen.

Rüttinger & Sauer (2000 S. 215) fassen vier allgemeine Lösungsstrategien zusammen, die zur Aufhebung eines Konfliktes führen. Voraussetzung hierfür sind kooperative Lösungsansätze, welche von beiden Gegnern akzeptiert und als zufriedenstellend betrachtet werden:

- Aufhebung des Beurteilungsgegensatzes
- Aufhebung des Bewertungsgegensatzes
- Aufhebung des Verteilungsgegensatzes
- Aufhebung der Beziehungsprobleme

Es gilt Problemstellungen zu bewältigen, die in weiteren vier Punkten festgehalten werden:

- Wie können Konflikte realistisch analysiert werden?
- Wie können die allgemeinen Einstellungen zum Konflikt konstruktiv verändert werden?
- Wie können Verhaltensweisen positiv beeinflusst werden?
- Wie kann eine dauerhafte Lösung erreicht werden?

Glasl (2013) spricht hierzu von non-direktiven und direktiven Interventionen.

„Je tiefer ein Konflikt eskaliert ist, desto mehr direkte Interventionen sind geboten. Denn mit zunehmender Eskalation werden die Selbstheilungskräfte der Konfliktparteien beschädigt oder sogar zerstört.“ (vgl. Glasl 2013 S. 447).

Die Interventionen unterscheiden drei Aspekte, bezogen auf den Inhalt, das Setting und die Methode.

Mit welchen Mitteln, dies geschehen kann, wird im folgenden Kapitel beschrieben.

5.1 Hilfen zur Konfliktlösung

Die meisten Konflikte werden auf der Eskalationsstufe 1 - 3 abgefangen. Sie haben den Anspruch non-direktiv zu wirken und die Parteien in der Lösungsfindung zu unterstützen. Dies kann mittels einer Konfliktmoderation, Supervision oder auch Mediation stattfinden. Das Kontingenzmodell von Friedrich Glasl bietet eine generalisierte Übersicht, welches Vorgehen in welchem Eskalationsgrad sinnvoll sein kann.

Eskalationsgrad:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Konflikt-Moderation, Supervision, Mediation Inhalt: n-d, Setting: n-d, Methode: n-d								
		Prozessbegleitung/Transformative Mediation Inhalt: n-d, Setting: n-d, Methode: d						
			System-therap. Prozessbegleitung/Mediation Inhalt: n-d, Setting: n-d & d, Methode: d					
				Klassische Vermittlung/ Pendel-Mediation Inhalt: n-d & d, Setting: d, Methode: d				
					Schiedsverfahren/Medarb Inhalt: d, Setting: d, Methode: d & transparent			
						Machteingriff/Power-Mediation Inhalt: d, Setting: d, Methode: d		
Conciliation, moderne Mediation Inhalt: n-d, Setting: n-d, Methode: n-d								

Legende: d=direktiv, n-d = non-direktiv

Abbildung 10: Non-direktive/direktive Interventionen nach Inhalt, Setting und Methode eigene Darstellung (vgl. Glasl 2013 S. 448)

Darüber hinaus muss allerdings jeder Konflikt differenziert Betrachtung finden, da die mögliche Komplexität von Konflikten weitere Dimensionen zur Betrachtung nötig machen (vgl. Glasl 2013 S. 448).

Neben Gerichts-, Schieds- bzw. Schlichtungsverfahren, Beratung, Supervisionen und Mediationen, bietet sich das Coaching für Führungskräfte als Konfliktlösungsansatz an. Es werden Managementkompetenzen angepasst und persönliche und berufliche Ziele ausgelotet. Dieser Ansatz dient als Hilfe zur Selbsthilfe (vgl. Poser 2012 S. 417).

Poser (2012 S. 411) propagiert ein engagiertes Eintreten von Führungskräften für eine gelebte Konfliktkultur. Zietzschmann (2000 S. 109) beschreibt,

dass ein situationsgerechtes Führungsverhalten bereits einen wesentlichen Beitrag zur Konfliktbewältigung leisten kann.

„Konflikte sind unvermeidlich, wenn Vorgesetzte nicht immer wieder prüfen, ob sich die Vorstellungen der Mitarbeiter über die Arbeit und die Qualitätskriterien noch mit den anstehenden Veränderungen decken.“ (vgl. Kaiser & Berntzen 2009 S. 4)

Letztlich bedeutet dies, dass Konflikte immer lösbar sind. Die Lösung hängt von vielen Voraussetzungen und verschiedensten Faktoren ab. Der Zeitpunkt des Eingreifens, das persönliche Know-how, die Wahl der Intervention, das Setting und die Methode sind maßgeblich am Ausgang eines Konfliktes beteiligt.

Selbst auf der neunten Stufe des Phasenmodells der Konflikteskalation wird eine Lösung angestrebt:

„Nun ist die Losung[sic!] der Parteien: <Vorwärts um jeden Preis!> [...] Damit erlaubt der wechselseitige Selbstmord den Parteien, sogar noch im Untergang über den Gegner zu triumphieren, weil seine Chance auf Überleben gleichfalls zerschlagen werden konnte.“ (vgl. Glasl 2013 S. 302)

5.2 Der Umgang mit inneren Konflikten

„Jeder Konflikt, an dem wir beteiligt oder von dem wir betroffen sind, nimmt seinen Ausgang in uns, in der Person selbst.“ (vgl. Mahlmann 2000 S. 32)

Der innere Konflikt erfüllt die Kriterien des sozialen Konfliktes. Der Unterschied ist, dass er nicht zwischen Personen, sondern im Bewusstsein einer Person selbst stattfindet. Erfahrungen aus Schule, Beruf und dem familiären Bereich wirken sich auf den Konfliktstil und das Konfliktverhalten aus. Daher ist es von eminenter Bedeutung, dass Konfliktlösungskompetenzen von Personen, insbesondere Führungspersonen, gestärkt werden. Selbst- und Fremdwahrnehmung, Verhaltensalternativen und Lösungsstrategien sollen dieses Kompetenzfeld ergänzen (vgl. Kreyenberg 2004 S. 109; Mahlmann 2000 S. 33).

„Innere Teamkonflikte sind ein allgegenwärtiges Phänomen und, sofern und solange sie nicht gelöst sind, ein Ursprung von Unklarheiten und Unfreundlichkeiten im Kontakt und ein Ursprung von kommunikativer Schwäche und Unwirksamkeit überhaupt, welche im Extremen bis zur völligen Lähmung gehen können.“ (vgl. Schulz von Thun 2016 S. 167)

Der Umgang mit inneren Konflikten unterscheidet sich kaum vom Umgang mit Konflikten zwischen zwei Parteien. Es gilt eine Lösung anzustreben, die für alle inneren Parteien gangbar ist. Entscheidend ist aber, dass zur Konfliktverhütung innere Konflikte frühzeitig erkannt bzw. gelöst werden, bevor sie zu sozialen Konflikten führen (vgl. Kreyenberg 2004 S. 108).

Schulz von Thun (2016) beschreibt den Vorgang des „Klärens“ als innere Ratsversammlung. Das Oberhaupt der Ratsversammlung, die eigentliche Person, setzt sich mit verschiedenen inneren Teammitgliedern auseinander und lässt diese zu Wort kommen, die jeweils verschiedene Standpunkte einnehmen. Das Einberufen der inneren Ratsversammlung wird in den meisten Fällen eine Einigung erzielen. Eine weitere Möglichkeit besteht, dies retrospektiv zu tun. Der Lerneffekt für künftige, vergleichbare Situationen ist hier zielführend. Es erfordert zunächst ein Eingestehen des z. B. „Versagens“ in einer Situation. Die persönliche Weiterentwicklung steht in diesem Fall im Fokus (vgl. Schulz von Thun 2016 S. 167 f.).

Der persönlichen Weiterentwicklung steht der Stillstand, und somit der Motivationsverlust, entgegen. Es gibt innere Konflikte, die sehr schwer oder gar nicht aufzulösen sind. Dies geschieht insbesondere dann, wenn ein inneres Teammitglied in den seelischen Untergrund abgewandert oder abgedrängt wurde und für das Oberhaupt nicht mehr greifbar ist. Hier kann nur noch mit psychotherapeutischer Hilfe Unterstützung geleistet werden (vgl. Schulz von Thun 2016 S. 168).

Bei inneren Konflikten muss auch unter erschwerten Bedingungen der Versuch einer Konfliktlösung unternommen werden. Denn anders als zu realen Gruppen oder Personen kann die innere Konstellation nicht aufgelöst und neu zusammengestellt werden. Schulz von Thun (2016 S. 169) fasst dies zusammen:

„Für das innere Team gilt wahrhaft: <Bis dass der Tod euch scheide!>“

6 Zusammenfassung

Stationsleitungen nehmen eine zentrale Bedeutung in einem Krankenhaus ein. Sie sind je nach Sicht auf die Organisation im unteren oder mittleren Management angesiedelt.

Eine einheitliche Berufsbenennung für die Führungskraft gibt es nicht. Gängig ist die Bezeichnung Stationsleitung. Die Benennung sagt nichts über das komplexe Aufgabengebiet einer Stationsleitung aus. Dieses wird vielmehr von den Organisationen selbst bestimmt bzw. festgelegt.

Eine überdurchschnittliche fachliche Pflegekompetenz „qualifiziert“ häufig eine Person zur Ausübung einer leitenden Position. Eine qualifizierte Weiterbildungsmaßnahme oder ein einschlägiges Studium ist aber keine zwingende Voraussetzung hierfür, sondern obliegt der Organisation.

Inhalte der Weiterbildung zur Leitung werden durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfohlen. Die aktuell gültige Empfehlung stammt aus dem Jahr 2006. Dem gegenüber steht in diesem Zeitraum eine sich stark verändernde Krankenhauslandschaft, die sich durch viele neue Gesetze gewandelt hat und weiter wandelt.

Über die Führungsspanne einer Stationsleitung im Krankenhaus wird in der Literatur wenig geschrieben. Valide und fundierte Aussagen über eine optimale Teamgröße im Krankenhaus gibt es nicht. Die Führungsspanne im Krankenhaus erfährt aktuell eine Vergrößerung, welche mehr Führungsarbeit nötig werden lässt.

Die Stationsleitung, als Schnittstelle für viele Ansprechpartner, ist großen Spannungsfeldern ausgesetzt und kann in verschiedenste Konfliktformen einbezogen werden. Die häufigsten Konflikte sind soziale Konflikte. Beispiele hierfür können Pflegekräfte und Ärzte, aber auch Patienten und Angehörige sein.

Die Stationsleitung kann sich als Konfliktpartei, als Stakeholder oder auch als Person mit inneren Konflikten darstellen. Sie ist die erste Hierarchieebene, die am nächsten an den Mitarbeitern, den Patienten und vielen Schnittstellen andockt. Es ist eminent wichtig, dass eine Stationsleitung eine klare Rolle und Position einnehmen kann, da sie durch ihre Position

einer Sandwichposition ausgesetzt ist. Der Druck von „unten“ (Mitarbeiter) und von „oben“ (Vorgesetzte) versetzt eine Leitung in ein Dilemma. Es bedarf Abgrenzungskompetenzen in beide Richtungen, um zum einen der eigenen Rolle gerecht zu werden und zum anderen um sich selbst zu schützen.

Die steigenden Patientenzahlen (sowie die Pflegebedürftigkeit) bei zeitgleichem Abbau von Krankenhausbetten verschärft die Situation in den Krankenhäusern, nicht zuletzt vor der demografischen Entwicklung. Weitere gesetzliche Vorgaben, wie Datenschutzpflicht oder die Schweigepflicht, sind im Berufsalltag zum Teil kaum einzuhalten. Den Patienten als Kunden zu betrachten eröffnet neue Konfliktfelder für Führungskräfte, da Service, Atmosphäre und Ambiente nun zusätzlich in einem maroden Finanzierungssystem untergebracht werden sollen.

Auch wenn der Pflegeberuf in der Gesellschaft ein hohes Ansehen hat, muss das Thema Pflege noch stärker in die Mitte der Gesellschaft rücken. Die patientenorientierte Pflege steht im Widerspruch zu den Einsparmaßnahmen, der Arbeitsdichte und einer zunehmenden Technisierung von Arbeitsweisen. Der vorzeitige Ausstieg aus dem Pflegeberuf, veränderte Beschäftigungsverhältnisse (von Vollzeit zu mehr Teilzeit) erschweren zusätzlich eine adäquate Planung von Personal und der Pflegearbeit.

Konfliktmanagementkompetenzen, wie der Umgang mit (inneren) Konflikten und der Auswahl geeigneter Instrumente um Lösungen herbeizuführen, setzen entsprechende Qualifikationsmaßnahmen der Stationsleitung voraus. In den Weiterbildungen und den Studiengängen wird das Thema Konfliktmanagement aber nur flankiert behandelt.

Politik beeinflusst die Organisation Krankenhaus im hohen Maße. Die Entscheidungsebene setzt die Stationsleitung in eine klassische Sandwichposition. Die Filterfunktion der Hierarchieebenen können Informationen verwässern und somit die Kernbotschaft verändern.

Die in der Einleitung genannten Forschungsfragen können wie folgt beantwortet werden:

Blinde Flecken in der Weiterbildung und im Einsatz von Stationsleitungen im Krankenhaus sind zum einen die fehlende Anpassung der Weiterbildungsinhalte an die aktuellen Herausforderungen und zum anderen der Einsatz der Stationsleitungen als „Allrounder-Antwort“ auf den Pflegefachkräftemangel. Dies verstärkt die schwierige Rollenabgrenzung einer Leitung.

Ob Konflikte auf Stationsleitungsebene angemessen gelöst werden können, hängt zum einen von den Kompetenzen der Stationsleitung ab, zum anderen aber auch vom Konfliktrahmen. Konflikte im mikro-sozialen Raum sind am ehesten lösbar. Im meso- oder makro-sozialen Raum gewinnen Konflikte Komplexitätsstufen, die außerhalb des Wirkungskreises der Stationsleitung liegen. Eine Lösbarkeit von solchen Konflikten ist erschwert bis nahezu unmöglich, da direktive Interventionen in die übergeordneten Führungsebenen nicht geboten sind.

Unbearbeitete oder ungelöste Konflikte können zu gravierenden inneren Konflikten führen, die mit einem Motivationsverlust einhergehen und bis zu einem Stillstand in der Konfliktbearbeitung führen können. Dies kann sogar psychotherapeutische Hilfe erforderlich machen. Daher ist es einmal mehr erforderlich, entsprechende Kompetenzen frühzeitig zu erlernen, um (inneren) Konflikten kompetent entgegenzutreten und eine gangbare Lösung herbeizuführen. Eine besondere Gefahr ist gegeben, wenn sich innere Konflikte zu sozialen Konflikten weiterentwickeln.

In der Bearbeitung der Thematik haben sich weitere Fragen ergeben:

Wie groß ist eine optimale Führungsspanne im Krankenhaus? Können Kriterien identifiziert werden, die eine passende Führungsspanne festlegen können?

Bestehen qualitative Unterschiede in der Weiterbildung zur Leitung und einem Pflegestudiengang und wie wirken sich diese in der Praxis aus? Wäre eine (bundes-)einheitliche Form der Qualifikation geboten? Was sind angemessene Inhalte der Qualifikationsmaßnahme und wie können diese fortlaufend evaluiert und angepasst werden?

Kann, und wenn ja mit welchen Maßnahmen, eine Stationsleitung der Abwanderung aus dem Pflegeberuf entgegenwirken? Ist dies auf der Führungsebene überhaupt realistisch möglich?

Welchen zusätzlichen Anforderungen (Fachpflege? Servicekraft? Manager? Marktforscher?) soll eine Stationsleitung gerecht werden können? Was sind realistische zu bearbeitende Aufgabengebiete einer Stationsleitung?

Kann eine Stationsleitung die Gesellschaft für Pflege sensibilisieren? Welche Methoden stehen der Stationsleitung zur Verfügung, um Pflege attraktiver, angepasster zu gestalten?

Wird der Druck und die Belastung der Pflegenden an der Hierarchiespitze, und folglich in der Politik, ungefiltert wahrgenommen? Sind die politischen Entscheidungen gehaltvolle und sinnvolle Entscheidungen, um die Pflegebasis zu entlasten?

7 Ausblick

Ein guter Umgang mit Konflikten, von der Analyse bis zur Lösung, setzt fundierte Konfliktmanagementkompetenzen einer Führungskraft voraus. Das Erwerben solcher Kompetenzen wird in der Weiterbildung zur Leitung und in den Studiengängen relativ oberflächlich behandelt und muss dringend in den Curricula verankert werden.

Die breiten und komplexen Konfliktfelder, welchen eine Stationsleitung ausgesetzt ist, lassen erahnen, dass tiefgreifendere Kompetenzen nötig sind, um den Herausforderungen im Gesundheitssektor gerecht zu werden.

Eine Überarbeitung der aktuellen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu den Inhalten der Weiterbildung oder der Studiengänge ist längst überfällig und sollte regelmäßig einer Evaluation unterliegen. Der Ausbau und die Intensivierung von Inhalten aus dem Bereich Konfliktmanagement ist dringend geboten, um den Führungskräften von Morgen geeignete Kompetenzen zu vermitteln.

Das Besetzen von Führungspositionen, ohne entsprechende Weiterbildungsqualifikation seitens der Arbeitgeber, muss ebenfalls überdacht werden. Die Gefahr, dass Fehlentscheidungen getroffen werden, ist groß. Dies kann das Stresserleben und die Gesundheit der Mitarbeiter negativ beeinflussen, was auf Dauer zu einer noch angespannteren Situation im Gesundheitswesen führen kann.

Ein weiterer Weg könnte eine einheitliche Bezeichnung der Führungskraft und ein einheitliches Aufgabenprofil sein, um Fehlinterpretationen der Rolle zu vermeiden. Die strikte Trennung von Pflege- und Managementaufgaben ist überfällig, insbesondere mit Blick auf die Entwicklung der Führungsspanne und sich daraus ergebenden Aufgaben.

Mitarbeiterakquise und die Bindung von Mitarbeitern wird in den kommenden Jahren ein elementar wichtiges Thema für die Krankenhäuser. Auch hierzu bedarf es entsprechender Kompetenzen der Führungskräfte auf jeglicher Hierarchieebene.

Jetzt und in den kommenden Jahren wird es Aufgabe der Politik sein, die Weichen der Zukunft für die Pflege zu stellen. Pflegekammern können an

dieser Stelle Organe sein, die beratend für die gesamte Pflege eintreten und Entscheidungen der Politik mitgestalten können.

Des Weiteren kann die Pflegewissenschaft an dieser Stelle einen sehr wichtigen Beitrag leisten, indem sie sich Fragestellungen aus der Praxis annimmt, Forschungen daraus ableitet und veröffentlicht, um inhaltliche und organisatorische Verbesserungen initiieren zu können.

Der Autor der vorliegenden Arbeit plant im konsekutiven Masterstudien-gang, sich tiefer mit der Thematik der Führungsspanne auseinanderzusetzen. Hierzu sollen anhand empirischer Forschung Daten generiert werden, die zu weiteren Erkenntnissen rund um die Thematik führen.

8 Literaturverzeichnis

Bartholomeyczik; Donath; Schmidt; Rieger; Berger; Wittich; Dieterle (2008): Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Hg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Projekt F 2032. Dortmund/Berlin/Dresden.

Blum, Löffert, Offermanns, Steffens (2012): Krankenhaus Barometer 2012. Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Düsseldorf.

Blum, Löffert, Offermanns, Steffens (2014): Krankenhaus Barometer 2014. Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Düsseldorf.

Bundesgesundheitsministerium (2017): Patientenrechte. Hg. v. Bundesgesundheitsministerium. Online verfügbar unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html>, zuletzt geprüft am 10.04.2017 um 16:45 Uhr.

Charité - Universitätsmedizin Berlin (2017): Historie. Hg. v. Charité - Universitätsmedizin Berlin. Online verfügbar unter https://www.charite.de/die_charite/profil/historie/, zuletzt geprüft am 10.04.2017 um 17:35 Uhr.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (1996): DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Krankenpflegepersonen für die pflegerische Leitung einer Station oder Einheit. Stand 1996. Hg. v. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Berlin.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2006): DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Krankenpflegepersonen für die pflegerische Leitung eines Bereiches im Krankenhaus und anderer pflegerischer Versorgungsbereiche. Stand 2006. Hg. v. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Berlin.

Glasl, Friedrich (2013): Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater. 11. Aufl. Bern, Stuttgart: Haupt Verlag; Verlag Freies Geistesleben.

Grün, Anselm (2013): Konflikte bewältigen. Schwierige Situationen aushalten und lösen. 1. Aufl. Freiburg: Kreuz Verlag.

Hasselhorn; Müller; Tackenberg; Kümmerling; Simon (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Hg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Schriftenreihe Ü15. Dortmund/Berlin/Dresden: Wirtschaftsverlag NW Verlag für Neue Wissenschaft.

Hibbeler, Birgit (2011): Ein chronischer Konflikt. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 41, S. 2138-2144.

Hiemetzberger, Martina; Messner, Irene; Dorfmeister, Michaela (2013): Berufsethik und Berufskunde. Ein Lehrbuch für Pflegeberufe. 3. Aufl. Wien: Facultas Verlag.

Hölterhoff; Edel; Münch; Jetzke, (2011): Prognos AG, Das mittlere Management im Krankenhaus. Verortung, Problemfelder und Lösungsansätze. Hg. v. Dr. Jürgen Meyer Stiftung. Berlin/Köln.

Ingwersen, Ruth (1999): Vom "Mädchen für alles" zur Führungskraft im mittleren Management. Für eine andere Mitarbeiterführung im Pflegedienst der Krankenhäuser. 1. Aufl. Hamburg: Kovač Verlag.

Institut für Demoskopie Allensbach (2013): Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013. In: *Allensbacher Kurzbericht*, S. 1-5. Online verfügbar unter http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/PD_2013_05.pdf, zuletzt geprüft am 10.04.2017 um 16:55 Uhr.

Kaiser, Peter (2000): Konflikte und Konfliktmanagement im Krankenhaus. In: *Zeitschrift für Konfliktmanagement* 2000, Heft 4, S. 168-174.

Kaiser & Berentzen (2009): Konflikte im System Krankenhaus. "Nosokomiale" Kontroversen. In: *Thieme CNE Fortbildung* 2009, Heft 4, S. 2-16.

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (2017): Studieninhalte und Studienziele. Hg. v. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter <http://www.katho-nrw.de/koeln/studium-lehre/fachbereich-gesundheitswesen/pflegewissenschaft-bsc/studieninhalte-und-studienziele/>, zuletzt geprüft am 10.04.2017 um 16:55 Uhr.

Kerres, A.; Seeberger, B. (2005): Gesamtlehrbuch Pflegemanagement. 1. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.

Kreyenberg, Jutta (2004): Handbuch Konflikt-Management. Konfliktdiagnose, -definition und -analyse; Konfliktebenen, Konflikt- und Führungsstile; Interventions- und Lösungsstrategien, Beherrschung der Folgen. 1. Aufl. Berlin: Cornelsen Verlag.

Lohmann-Haislah, Andrea; Schütte, Martin (2013): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Hg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/Berlin/Dresden.

Mahlmann, Regina (2000): Konflikte managen. Psychologische Grundlagen, Modelle und Fallstudien. 1. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag (Beltz Weiterbildung).

Möller, Susanne (2013): Erfolgreiche Teamleitung in der Pflege. 1. Aufl. Wien: Springer Verlag.

Mühlbacher, Jürgen (2003): Rollenmodelle der Führung. Führungskräfte aus der Sicht der Mitarbeiter. 1. Aufl. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Pascheka, Stefan (2001): Konflikte verstehen und kooperativ lösen. 1. Aufl. Marburg: Tectum-Verlag.

Pferzinger & Harrer (2009): Mittleres Management in der Pflege - das Führungskonzept Bereichsmanagement. In: *Österreichische Pflegezeitschrift* Heft 2, S. 30-32.

Poser, Märle (2012): Lehrbuch Stationsleitung. Pflegemanagement für die mittlere Führungsebene im Krankenhaus. 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.

Rüttinger & Sauer (2000): Konflikt und Konfliktlösen. Kritische Situationen erkennen und bewältigen. 3. Aufl. Leonberg: Rosenberger Fachverlag.

Schäfer & Jacobs (2016): Praxisleitfaden Stationsleitung. Handbuch für die stationäre und ambulante Pflege. 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Schulz von Thun, Friedemann (2016): Das "Innere Team" und situationsgerechte Kommunikation. Kommunikation, Person, Situation. 24. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Schwarz, Gerhard (2005): Konfliktmanagement. Konflikte erkennen, analysieren, lösen. 7. Aufl. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Simon, Fritz B. (2015): Einführung in die systemische Organisationstheorie. 5. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Hg. v. Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2. Wiesbaden.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. Hg. v. Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2015): Grunddaten der Krankenhäuser. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis). Fachserie 12. Reihe 6.1.1. Gesundheit. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2016): Staat & Gesellschaft - Krankenhäuser - Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis). Internet. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahreOhne100000.html>, zuletzt geprüft am 10.04.2017 um 17:15 Uhr.

Statistisches Bundesamt (2017): Personal 2000 - 2015. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis). Fachserie 12. Reihe 7.3.2. Gesundheit. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2017): Staat & Gesellschaft - Pflege - Pflegebedürftige. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis). Internet. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PflegebeduerftigePflegestufe.html>, zuletzt geprüft am 10.04.2017 um 17:15 Uhr.

Tewes, Renate (2015): Führungskompetenz ist lernbar. Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen. 3. Aufl. Berlin: Springer Verlag.

Uniklinik Köln (2017): Geschichte. Hg. v. Uniklinik Köln. Online verfügbar unter <https://www.uk-koeln.de/uniklinik-koeln/die-uniklinik/geschichte/>, zuletzt geprüft am 10.04.2017 um 17:05 Uhr.

Uniklinikum Düsseldorf (2017): Organigramm des Pflege- u. Funktionsdienstes. Hg. v. Uniklinikum Düsseldorf. Online verfügbar unter <http://www.uniklinik-duesseldorf.de/pflege/pflegedirektion/organigramm-des-pflege-u-funktionsdienstes/>, zuletzt geprüft am 10.04.2017 um 17:06 Uhr.

Zietzschmann, Helga (2000): Konflikte am Arbeitsplatz Pflege. Leitfaden aus der Praxis für die Praxis. 1. Aufl. Stuttgart: Schattauer Verlag.

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ziele der Weiterbildung zur Leitung in der Gegen- überstellung 1996/2006	8
--	---

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ausschnitt Arbeitsbereiche akademisierter Pflegekräfte in Krankenhäuser in %	4
Abbildung 2: Drei Optionen zur Verortung des mittleren Managements im Krankenhaus	6
Abbildung 3: Konflikte am Arbeitsplatz	14
Abbildung 4: Stufen und Schwellen der Eskalation	18
Abbildung 5: Stationsleitung im Spannungsfeld	21
Abbildung 6: Anzahl Beschwerden & Hilfen/Unterstützung vom direkten Vorgesetzten (n = 17562)	23
Abbildung 7: Entwicklung zentraler Indikatoren für Krankenhäuser	29
Abbildung 8: Bevölkerung nach Altersgruppen 2008/2030	29
Abbildung 9: Ausschnitt Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013	32
Abbildung 10: Non-direktive/direktive Interventionen nach Inhalt, Setting und Methode	38

11 Versicherung selbstständiger Arbeit

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema:

„Die Stationsleitung in der Identitätskrise?

Warum Leitungstätigkeit unattraktiver wird – Eine Übersicht über mögliche
Konfliktfelder der Stationsleitung im Krankenhaus“

selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Köln, 24.04.2017


Dennis Meno

12 Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Bachelorarbeit in der Bibliothek der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln, ausgestellt wird.

Köln, 24.04.2017


Dennis Merg